





Salud sexual y reproductiva de mujeres, adolescentes y niñas en Venezuela

AVESA, CEPAZ, FREYA, Asociación Civil Mujeres en Línea (Equivalencias en Acción)



Organización Responsable de la iniciativa: AVESA

Índice

Resumen Ejecutivo

Salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes y niñas en Venezuela

Venezuela atraviesa una grave crisis de dimensiones económicas, sociales, políticas y humanitarias nunca antes vista en su historia republicana. La misma es resultado de diversos factores entrelazados como son políticas económicas restrictivas, incluyendo controles de cambio y controles de precios, altos niveles de corrupción, disminución de ingresos, políticas de nacionalización de actividades agro-productivas e industriales, debilitamiento institucional y desprofesionalización del aparato del Estado. Todo esto ha resultado en un preocupante colapso de las capacidades para la prestación de servicios y para la promoción, protección y garantía de derechos humanos fundamentales tales como el derecho a la salud.

En materia de salud sexual y reproductiva, se estima que la situación es de gravedad. No obstante, no hay datos precisos que nos aproximen a la situación de los indicadores de salud a fin de comprender la magnitud de la evidente crisis. Las cifras de abortos, embarazos adolescentes, y mortalidad materna, entre otras que afectan a las mujeres no son divulgadas de manera periódica.

En función a este vacío de información, el objetivo del presente estudio fue generar evidencias de primera mano que nos aproximen a las dimensiones del aborto inseguro, el embarazo adolescente y la mortalidad materna en 3 maternidades (hospital o servicio de un hospital público tipo IV) de las regiones capital y central de Venezuela.

Se trata de una investigación descriptiva de carácter cuali- cuantitativo, transversalizada con los enfoques de derechos humanos y de género, en la que se llevaron a cabo: entrevistas a proveedores de salud, grupos focales con usuarias de los servicios, encuesta en farmacias para conocer las disponibilidad de métodos anticonceptivos, encuestas a proveedores de salud para conocer la situación de los servicios y un registro diario de casos de muertes maternas, embarazos adolescentes y abortos. El trabajo de campo fue realizado durante el mes de agosto de 2018.

En cuanto a la situación y acceso a servicios de maternidades y centros hospitalarios destacan la falla absoluta o intermitencia en los servicios de alimentación, agua y electricidad; la no operatividad o intermitencia del servicios de laboratorio clínico; la dotación irregular o inexistente de medicinas insumos y métodos anticonceptivos; recurso humano incompleto y una operatividad menor al 50% de los médicos requeridos. Hay que añadir que aunque los hospitales públicos deberían brindar servicios gratuitos, en la práctica esta gratuidad no es tal, ya que las usuarias deben pagar con sus propios recursos exámenes de laboratorio y otros estudios en centros privados dada la incapacidad de respuesta de los establecimientos públicos. Deben además costear su propia alimentación, así como medicinas e insumos requeridos para poder acceder al servicio y a la atención médica.

Los métodos de planificación familiar mayormente usados en Venezuela tales como anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos y anticonceptivos inyectables mostraron índices de escasez sumamente altos, superando el 80% en las farmacias privadas donde se realizó la medición. Los parches, los aros vaginales y los dispositivos implantables exhibieron un índice de escasez del 100% en los establecimientos consultados en cuatro ciudades importantes del país (Caracas, Barquisimeto, Maracaibo y Mérida). El rubro menos escaso fue condones con un 63% de índice de escasez. No obstante, se debe acotar que en este caso los precios de los mismos los hacen inasequibles para la mayoría.

En cuanto a las dimensiones del aborto inseguro, el embarazo adolescente y la mortalidad materna (MM) en 3 maternidades, durante el período de estudio se registraron 5 muertes maternas, 3 en el hospital Victorino Santaella y 2 en la Maternidad Concepción Palacios. De estas muertes, el 80% fueron ocasionadas por hipertensión gestacional y el 20% por otras causas. El total de MM fue de mujeres adultas, mayores de 18 años y no se registraron MM a consecuencia de abortos inseguros. El 36% de partos reportados fue de madres adolescentes, lo cual sugiere que ha habido un aumento significativo del embarazo en adolescentes en el país o al menos en las ciudades donde están ubicados estos centros de salud, toda vez que de acuerdo a las estadísticas oficiales más recientes disponibles, que datan del año 2012, los bebés nacidos vivos de madres adolescentes alcanzaron un 22% a nivel nacional. Finalmente, en las tres instituciones hospitalarias se registraron 340 abortos, de los cuales 336 fueron identificados como abortos espontáneos y sólo 4 inducidos, con un promedio de 10 a 11 abortos diarios.

Los hallazgos de este estudio confirman que la aguda crisis del sistema de salud público en Venezuela tiene repercusiones diferenciadas que afectan gravemente las vidas de las mujeres y adolescentes. La incapacidad del sistema de salud de dar atención adecuada y oportuna a un proceso biológico natural como el embarazo es un indicador inequívoco de su estado crítico. Peor aún, las serias deficiencias hospitalarias y de dotación, así como las barreras enfrentadas por las usuarias para acceder a los servicios podrían estar incidiendo en la viabilidad de los embarazos y la vida de madres e hijas/os. Así, estos resultados no pueden ser vistos fuera del contexto de la emergencia humanitaria compleja que afecta severamente a Venezuela y que ha sido, además, un proceso progresivo de deterioro. Los planes y programas puestos en práctica, como el Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres en Venezuela (2014-2019), han sido claramente insuficientes o su implementación ha sido inadecuada.

A la situación de un precario sistema de salud se une la escasez de anticonceptivos tanto en establecimientos privados (farmacias) como en los establecimientos hospitalarios que coloca a las mujeres y adolescentes en edad reproductiva en situación de vulnerabilidad frente a embarazos no deseados, en un contexto normativo-legal que restringe las posibilidades de las mujeres de acceder a abortos seguros. Así, las opciones de las mujeres a ejercer su autonomía reproductiva son cada vez menos y más restrictivas lo cual significa un retroceso grave en materia de derechos y salud sexual y reproductiva■

1.Introducción

El presente informe contiene los hallazgos de una investigación llevada a cabo con el apoyo de del CONSORCIO LATINOAMERICANO CONTRA EL ABORTO INSEGURO (CLACAI) entre los meses de mayo y septiembre 2018 para tener una aproximación a las dimensiones del aborto inseguro, el embarazo adolescente y la mortalidad materna en Venezuela, así como a los niveles de desabastecimiento de métodos de planificación familiar, las condiciones de los servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso a los mismos. La investigación fue llevada a cabo por las cuatro organizaciones de promoción y defensa de los derechos de la mujer, participantes en la coalición "Equivalencias en Acción" conformadas por la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA), el Centro de Justicia y Paz (CEPAZ), la Asociación Civil Mujeres en Línea, y el Centro Hispanoamericano de la Mujer FREYA.

Esta aproximación significa un aporte significativo en la comprensión de la situación de la garantía y disfrute de los derechos y la salud sexual y reproductiva de mujeres y adolescentes en un contexto de ausencia de información oficial y silencio epidemiológico de parte del Estado venezolano.

2. Contexto y Justificación

Emergencia humanitaria compleja

Venezuela atraviesa una grave crisis de dimensiones económicas, sociales, políticas y humanitarias nunca antes vista en su historia republicana, la misma es resultado de diversos factores entrelazados como lo son, entre otros, políticas económicas restrictivas, incluyendo controles de cambio y controles de precios, altos niveles de corrupción, disminución de ingresos, política de nacionalización de actividades agroproductivas e industriales, debilitamiento institucional y desprofesionalización del aparato del Estado. La precaria situación económica, se ha traducido en la pérdida de poder adquisitivo, una inflación proyectada en más de 13.000% anual según el Fondo Monetario Internacional (FMI),[1] un crecimiento negativo de la economía,[2] y la política de controles de precios y de cambio han resultado en el empobrecimiento efectivo de un sector importante de la población, observándose serios retrocesos en áreas donde se había logrado mejoras y avances. Según la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI), el 87% de los hogares en Venezuela vive en condición de pobreza, 61% de ellos en pobreza extrema.[3]

Lo anterior ha resultado en un preocupante colapso de las capacidades para la prestación de servicios y en la promoción, protección y garantía de derechos humanos fundamentales tales como el derecho a la salud. La organización venezolana CODEVIDA reporta que en los centros de salud públicos, los cuales representan 90% de los entes prestadores y concentran 70% de las camas, 80% de ellos en todos los sistemas existentes, niveles y estados del país, se observan graves condiciones de precariedad.[4] La recientemente publicada Encuesta Nacional de Hospitales, da cuenta del deterioro progresivo del sistema y la infraestructura de salud pública en Venezuela.[5] Esta encuesta, llevada a cabo en 104 establecimientos hospitalarios, ubica la escasez de medicamentos en 88%, mientras que 79% de los equipos médicos están rotos o ausentes; 94% de los hospitales no tienen capacidad para llevar a cabo rayos X; 100% de los laboratorios están inoperantes dada la falta de reactivos para las pruebas; 79% presentó falta de agua y algunos reportaron tener el servicio una vez al día; 73% de todas las salas de operaciones están inactivos; 96% de las cocinas de hospitales no ofrecen servicios de dietas especiales; y 66% de los servicios pediátricos carecen de fórmulas lácteas infantiles.

---

[1] "IMF Projects Venezuela Inflation will soar to 13,000 Percent in 2018" in Blommberg. Disponible en: https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-01-25/imf-sees-venezuela-inflation-soaring-to-13-000-percent-in-2018

[2] Banco Mundial. *Global Economic Prospects.* Disponible en http://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects

[3] Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2018. Universidad Católica Andrés Bello, Universidad Simón Bolívar y Universidad Central de Venezuela. Disponible en::/www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI-2017-presentaci%C3%B3n-para-difundir-.pdf

[4] CODEVIDA. Marzo 2016. Informe para el Segundo Ciclo del Examen Periódico de Venezuela, durante el 26° Período de Sesiones del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Disponible en: http://www.examenonuvenezuela.com/web/wp-content/uploads/2016/09/CODEVIDA-Provea-Informe.pdf

[5] Encuesta Nacional de Hospitales 2018. Disponible en https://drive.google.com/file/d/1OtRXvd5geDVVrfd46NXoC6iC1UFcwfYl/view

En materia de salud sexual y reproductiva, se estima que la situación es de gravedad. Aunado a la situación de deterioro de la infraestructura pública de servicios de salud, incluida la escasez de medicamentos de todo tipo e insumos médicos, desde mediados del año 2014 se viene registrando una escasez progresiva y cada vez más aguda de métodos planificación familiar estimada por la Federación Farmacéutica en un 90%.[6] Esta situación tiene implicaciones directas sobre el número de embarazos en adolescentes (donde Venezuela ostenta la segunda tasa más alta de la región de América Latina)[7] y abortos inseguros asociados a embarazos no deseados. De acuerdo a los boletines epidemiológicos de 2017 del Ministerio del Poder Popular para la Salud, entre 2015 y 2016, la mortalidad materna aumentó en un 66%. En los últimos 4 años se ha registrado un aumento sostenido de las muertes maternas en el país. Si bien se desconocen las cifras exactas relacionadas de muertes maternas vinculadas a abortos inseguros, existen algunas estimaciones extraoficiales que ubican al aborto inseguro como causa del 16% de las muertes maternas[8] en todo el país y de un 60% de las muertes maternas en los estados Amazonas y Delta Amacuro,[9] lo que indica la vinculación del aborto inseguro y las muertes maternas dentro de sectores empobrecidos, regiones fronterizas y población indígena. Cabe recordar que Venezuela exhibe uno de los marcos normativos legales más restrictivos de la región en materia de aborto, permitiendo la interrupción del embarazo sólo en casos donde la vida de la parturienta corra peligro.

Ausencia de información oficial

Tal y como lo ha señalado la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), persiste en Venezuela una falta de acceso a fuentes oficiales e información que debería ser pública[10] de manera que no hay datos precisos que nos aproximen a la situación de los indicadores de salud a fin de comprender la magnitud de la evidente crisis. Por ejemplo, los Boletines Epidemiológicos del Ministerio de la Salud, instrumento fundamental de políticas públicas de salud, fueron publicados por última vez en mayo de 2017. A ello se une que este Ministerio, ni el Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, no han publicado tampoco las memorias y cuentas correspondientes a los años 2016 y 2017.

Esto no es diferente en el caso de la información sobre la situación del disfrute de los derechos de las mujeres en Venezuela, incluyendo en las esferas de salud, alimentación, educación, trabajo, acceso a bienes y servicios o el derecho a vivir libre de violencia. Adicionalmente, los datos, cuando están disponibles, bien sea oficiales o no oficiales, casi nunca están desagregados por sexo, con lo cual la realidad de las mujeres es

---

[6] El Nacional. *Aseguran que escasez de anticonceptivos alcanza 90% este año.* 9 de diciembre 2016. Disponible en: http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/aseguran-que-escasez-anticonceptivos-alcanza-este-ano_35606
[7] http://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_WEB-READY_SWOP%202017%20report.pdf
[8] Fernández, Hisvet (2010) La despenalización del aborto, una deuda entre tantas, con las mujeres. Accesible en http://www.derechos.org.ve/2010/10/10/opinion-la-despenalizacion-del-aborto-una-deuda-entretantas-con-las-mujeres/
[9] Organización de Mujeres Indígenas Amazónicas Wanaaleru. Informe para el Examen Periódico Universal 2016. Disponible en https://wanaaleru.wordpress.com/2016/10/18/informe-de-wanaaleru-para-el-examen-periodico-universal-epu-venezuela/
[10] Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Institucionalidad democrática, estado de derecho y derechos humanos en Venezuela. Diciembre 2017. Disponible en: https://www.derechos.org.ve/web/wp-content/uploads/Venezuela2018-es.pdf

prácticamente invisible en Venezuela. En el caso específico de cifras del área de salud, como abortos, embarazos adolescentes, y mortalidad materna, entre otras que afectan a las mujeres, las mismas no son recopiladas y, cuando lo son no son divulgadas de manera periódica.

La ausencia de información y datos desagregados impide la elaboración de diagnósticos certeros que permitan el diseño de políticas públicas acordes con las necesidades particulares de las mujeres, o que faciliten la respuesta de actores de la sociedad civil a los numerosos desafíos que se presenta en el disfrute de derechos, incluyendo el derecho a la vida. Al mismo tiempo, el no contar con información que sustente y evidencie la situación en la cual se encuentran mujeres, niñas y adolescentes en Venezuela, complica los esfuerzos por exigir al Estado el cumplimiento de sus responsabilidades en materia de derechos de las mujeres, particularmente de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, incluido el acceso al aborto seguro.

3. Marco Metodológico

a. Objetivos de investigación

El objetivo central del presente estudio fue generar evidencias de primera mano sobre las dimensiones del aborto inseguro, el embarazo adolescente y la mortalidad materna en 4 maternidades (hospital o servicio de un hospital público tipo IV) de las regiones capital y central de Venezuela. Dichas evidencias servirán de base en el desarrollo de argumentos para la incidencia política dirigida a flexibilizar la norma legal que penaliza el aborto y a abogar por el desarrollo de políticas y programas que garanticen los derechos y la salud sexual y reproductiva en el contexto de emergencia humanitaria que atraviesa Venezuela.

Se trata de una investigación descriptiva de carácter cuali- cuantitativo, transversalizada con los enfoques de derechos humanos y de género, cuyos objetivos específicos son:

i. Conocer el nivel de acceso a servicios de planificación familiar (con énfasis en servicios diferenciados para adolescentes), disponibilidad de métodos anticonceptivos y situación de 4 maternidades venezolanas;

ii. Estimar la incidencia de abortos inseguros, embarazos adolescentes y muertes maternas en 4 maternidades venezolanas.

En cada uno de los objetivos se empleará una metodología mixta, cuali-cuantitativa, que se esquematiza a continuación en la Tabla 1:

Tabla 1: Metodología de acuerdo a objetivos específicos

Objetivo específico	Componente del objetivo	Metodología	Técnicas seleccionadas
1	Conocer el nivel de acceso a servicios de planificación familiar	Cualitativa	Entrevista semiestructuradas a proveedores de salud Grupos focales con mujeres en edad reproductiva (incluidas adolescentes)
	Índice de escasez de métodos anticonceptivos	Cuantitativa	Encuesta en farmacias
	Situación de maternidades y centros hospitalarios	Cuantitativa	Encuesta sobre situación de maternidades
2	Estimar la incidencia de abortos inseguros, embarazos adolescentes y muertes maternas en las regiones capital y central del país	Cualitativa	Entrevista a proveedores de salud sobre creencias, prácticas y actitudes
		Cuantitativa	Registro diario de casos

Para efectos de este estudio se entiende:

- Acceso a servicios: posibilidad de utilizar los mismos, cuando y donde las usuarias lo requieran;
- Índice de escasez de métodos anticonceptivos en farmacias: es el porcentaje de establecimientos de la muestra (farmacias de la muestra) en donde no se encuentra

el rubro en ninguna de sus variedades o presentaciones a disposición de las consumidores. Este indicador permite evaluar la disponibilidad de productos específicos en el mercado.
- Incidencia de abortos inseguros, embarazos adolescentes y muertes maternas: es entendida como el número de casos en una población determinada y en un periodo determinado.

b. Población y muestra:

El estudio está centrado en cuatro poblaciones objeto, a saber:

i. Maternidades (hospitales o servicios de hospitales públicos tipo IV) de los estados Carabobo, Aragua, Miranda y Distrito Capital;
ii. Mujeres usuarias de servicios públicos de salud sexual y reproductiva;
iii. Proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva;
iv. Farmacias de cuatro ciudades del país.

Es preciso señalar que no fue posible contar con el apoyo de proveedores de servicios del estado Aragua. Las y los profesionales de salud de este estado expresaron temor ante posibles amenazas y hostigamiento de las autoridades de los centros hospitalarios donde prestan sus servicios, por lo que prefirieron abstenerse de participar en el estudio, pese a que se les informó sobre las medidas de seguridad diseñadas para garantizar el anonimato de quienes sean informantes y así minimizar tales riesgos. En virtud de esta situación, el estudio se concentra en los estados Carabobo, Miranda y Distrito Capital. A continuación se describen cada una de las poblaciones objeto y los criterios de selección de cada muestra:

i. Maternidades de los estados Carabobo, Miranda y Distrito Capital

De acuerdo a las Normas de Clasificación de establecimientos de atención médica del subsector salud en Venezuela,[11] los hospitales son instituciones que prestan atención médica integral de nivel primario, secundario y terciario; y están clasificados por niveles que van del I al IV de acuerdo a sus características, siendo los tipo I los de menor cobertura y capacidad y los IV, los de mayor.

Los hospitales tipo IV constituyen el centro de interés de este estudio dada su mayor capacidad de atención, mayor cobertura y por ser aquellos a los que usualmente se derivan pacientes con complicaciones médicas, incluidas las asociadas a abortos inseguros y muertes maternas, gracias a sus mayor capacidad de respuesta. Los hospitales tipo IV prestan servicios en los tres niveles atención con proyección hacia un área regional. Se encuentran en poblaciones mayores a cien mil (100.000) habitantes, con un área de influencia superior al millón (1.000.000) de habitantes, tienen más de 300 camas y

[11] Gaceta Oficial de la República de Venezuela Nº 32.650. Decreto Nº 1.798 del 21-1-83

cuentan con unidades de larga estancia y albergue de pacientes. Se tomaron en cuenta sólo hospitales públicos en razón de que los servicios que en ellos se presta son demandados fundamentalmente por personas de bajos recursos, las cuales según datos extraoficiales para el año 2017 constituían el 87% de la población (ENCOVI, 2017).

Cada institución hospitalaria lleva sus estadísticas de atención en salud que son reportadas posteriormente al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), el cual las centraliza y tiene la obligación de emitir los boletines epidemiológicos semanalmente. Sin embargo, en Venezuela existe un silencio epidemiológico desde mayo 2017, fecha de la última publicación del boletín epidemiológico con datos correspondientes al año 2016.[12] En los años anteriores las publicaciones fueron realizadas de manera intermitente[13]. Adicional a este silencio, existe una política de intimidación y acoso a las instituciones hospitalarias a fin de que no divulguen datos para ser usados en investigaciones o por medios de comunicación. No obstante, la organización no gubernamental venezolana Médicos por la Salud, ha logrado levantar información de 137 hospitales a nivel nacional, recopilados en la *Encuesta Nacional de Hospitales* correspondiente al año 2018, lo que indica que en estas instituciones hospitalarias es posible acceder a información de primera mano para efectos de nuestro estudio. Por tal motivo, y considerando que nuestra investigación se concentra en las regiones capital y central del país, cuyos estados con mayor densidad poblacional son Aragua, Carabobo, Miranda y Distrito Capital, se tomó como población de maternidades al universo de hospitales o servicios en hospitales públicos tipo IV que participaron en la *Encuesta Nacional de Hospitales* 2018[14] de los estados señalados, identificados en la Tabla 2.

Para este universo se realiza una selección intencionada de la muestra de acuerdo a los siguientes criterios: un hospital por ciudad y estado. Se cuenta con tres informantes clave en el Hospital, que trabajen directamente en sala de parto del hospital.

Tabla 2: Total de hospitales públicos tipo IV que participaron en la Encuesta Nacional de Hospitales del 2018 de los estados Aragua, Carabobo, Distrito Capital y Miranda

Región	Estado	Ciudad	Nro.	Nombre del Hospital	Tipo
Central	Aragua	Maracay	1	Central de Maracay	IV
	Carabobo	Valencia	2	Dr. Ángel Larralde	IV
			3	Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera	IV
			4	Materno Infantil Dr. José María Vargas	IV
Capital	Distrito Capital	Caracas	5	Dr. Ricardo Baquero González	IV
			6	Dr. José Gregorio Hernández	IV
			7	Dr. Miguel Pérez Carreño	IV
			8	Dr. Carlos Arvelo	IV
			9	Oncológico Padre Machado	IV
			10	Hospital Universitario de Caracas	IV

[12] https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2016.pdf
[13] http://www.el-nacional.com/noticias/bbc-mundo/que-revelan-las-cifras-salud-oficiales-venezuela_181628
[14] La Encuesta Nacional de Hospitales realizada por Médicos por la Salud del 2018, presenta un total de 137 Hospitales (de los cuales 104 son Hospitales tipo III, IV y V y 33 son Hospitales privados) distribuidos en 22 estados del país. En http://bit.ly/enh2018data

			11	Maternidad Concepción Palacios	IV
			12	Dr. José María Vargas	IV
	Miranda	Los Teques	13	Dr. Victorino Santaella	IV

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de la Encuesta Nacional de Hospitales del 2018

Siguiendo estos criterios, la muestra queda constituida los cuatro hospitales que se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3: Muestra de maternidades de los estados Aragua, Carabobo, Miranda y Distrito Capital

Región	Estado	Ciudad	Nro.	Nombre del Hospital	Tipo	Ente administrativo
Central	Aragua	Maracay	1	Central de Maracay*	IV	Gobernación del estado
	Carabobo	Valencia	2	Materno Infantil Dr. José María Vargas	IV	Gobernación del estado
Capital	Distrito Capital	Caracas	3	Maternidad Concepción Palacios	IV	MPPS
	Miranda	Los Teques	4	Dr. Victorino Santaella	IV	MPPS

Fuente: Elaboración propia
*Excluido de la muestra debido a ausencia de informantes del centro hospitalario.

ii. Mujeres usuarias de los servicios públicos de salud sexual y reproductiva

Este grupo está constituido por mujeres, adolescentes y adultas, en edad reproductiva (15 a 45 años) que asistan o hayan asistido a servicios públicos de salud sexual y reproductiva en las ciudades seleccionadas. Se realizó una selección de 10 a 12 mujeres por ciudad para participar en un grupo focal, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Haber asistido a servicios públicos de salud sexual y reproductiva durante el primer semestre del 2018, preferiblemente usuaria de la maternidad seleccionada en este estudio para cada ciudad;
- Residente de la ciudad en que participa para el grupo focal;
- Acceder voluntariamente a participar en el estudio previa lectura y aceptación del consentimiento informado. En el caso de adolescentes, se solicitó el consentimiento informado tanto a la usuaria como a su representante.

Se privilegió una selección diversa de participantes considerando:

- Al menos tres adolescentes por grupo focal;
- Mujeres con ocupaciones diversas: estudiantes, trabajadoras, amas de casa, etc.;
- Mujeres de estratos socioeconómicos C, D y E.

iii. Proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva

Se trata de profesionales del área de salud sexual y reproductiva que presten servicios en instituciones públicas de las ciudades seleccionadas, escogidos de acuerdo a los siguientes criterios:

- Disposición y disponibilidad para participar en el estudio;
- Profesional con experticia reconocida en materia de salud sexual reproductiva: más de 8 años de experiencia y/o con trabajos realizados en materia de mortalidad materna, aborto o embarazo adolescente;
- Preferiblemente, con trabajo en las maternidades que constituyen la muestra del estudio.

En cada ciudad se seleccionaron dos profesionales de la salud; a uno/a se le aplicó la entrevista sobre acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; y al otro/a la entrevista sobre conocimientos, prácticas y actitudes en torno a la mortalidad materna, embarazos adolescentes y abortos inseguros.

iv. Farmacias de cuatro principales ciudades del país

A fin de obtener información sobre los niveles de desabastecimiento de métodos de planificación familiar en Venezuela, se realizó una alianza con la organización no gubernamental CONVITE, la cual ha desarrollado una metodología de medición y un "Índice de Escasez de Medicamentos (IEM)" para cuatro morbilidades más recurrentes en el país. Como se indica más arriba, el IEM es definido como el porcentaje de establecimientos de la muestra en donde no se encuentra el rubro en ninguna de sus variedades o presentaciones a disposición de los usuarios/as. Se construye con base en la ausencia de productos específicos solicitados (indicador de ausencia o de desabastecimiento), y de todos sus sustitutos directos (productos que pueden sustituir el específico solicitado), en los anaqueles de los establecimientos.

El área geográfica para este componente del estudio está constituida por cuatro (4) ciudades capitales de Venezuela a saber: Área Metropolitana de Caracas, Barquisimeto, Maracaibo y Mérida. Si bien las ciudades seleccionadas en este componente no se corresponden en su totalidad a aquellas en las empleadas en las poblaciones antes descritas (sólo coincide la ciudad de Caracas), se decide trabajar con estas ciudades a fin de aprovechar la metodología y capacidades ya desarrolladas por CONVITE en las mismas en la medición de escasez de medicamentos, tomando en cuenta, además, que dicha situación de escasez posee características similares en todo el territorio nacional.

Para obtener la muestra de farmacias en estas ciudades se realizó un muestreo probabilístico y selección aleatoria utilizando el método sistemático, a través del uso de guías telefónicos, listados oficiales y, en última instancia, a fin de validar la existencia del establecimiento, recorridos personales por parte del equipo de coordinadores y monitores locales.

En todos los casos la muestra fue calculada utilizando el modelo del muestreo aleatorio estratificado, proporcional al número de establecimientos en los municipios, parroquias y sectores que correspondan según la ciudad de que se trate, con un nivel de confianza de 95% y un 10% de error admisible. La selección de los establecimientos se realizó de forma sistemática para asegurar la inclusión en la muestra de todos los sectores socioeconómicos en cada municipio, parroquia o sector.
La muestra quedó constituida por 122 farmacias, de la siguiente manera:

Área Metropolitana de Caracas: Constituida por cuarenta (40) farmacias de un universo de 164 establecimientos de expendio de medicamentos pertenecientes a las cadenas comerciales[15] que atienden la Gran Caracas.[16] Estas 40 farmacias[17] de la muestra, se distribuyen por municipio y por cantidad, proporcionalmente, de la siguiente manera:

- Municipio Baruta: 7 establecimientos
- Municipio Chacao: 5 establecimientos
- Municipio El Hatillo: 2 establecimientos
- Municipio Libertador: 21 establecimientos
- Municipio Sucre: 5 establecimientos

Barquisimeto, Estado Lara:[18] se encontró una población de ciento dos (102) establecimientos farmacéuticos que atienden a los municipios Iribarren y Palavecino, estableciéndose una muestra de veintisiete (27) farmacias a ser encuestadas. Las 27 farmacias de la muestra se distribuyen por municipio, parroquia y por cantidad de la siguiente manera:

- Municipio Palavecino:
  - Parroquia Cabudare: 1 establecimiento
- Municipio Iribarren:
  - Parroquia Catedral: 8 establecimientos
  - Parroquia Concepción: 14 establecimientos
  - Parroquia Juan de Villegas: 3 establecimientos
  - Parroquia Unión: 1 establecimiento

Maracaibo, Estado Zulia:[19] se obtuvo una población de doscientos catorce (214) establecimientos farmacéuticos que atienden al municipio Maracaibo, de forma tal que se estableció una muestra de treinta y uno (31) farmacias a ser encuestadas. Estas 31 farmacias de la muestra se distribuyen por parroquia y por cantidad de la siguiente manera:

- Municipio Maracaibo:
  - Parroquia Antonio Rojas Romero: 1 establecimiento
  - Parroquia Bolívar: 2 establecimientos
  - Parroquia Cacique Mara: 1 establecimiento
  - Parroquia Caracciolo Parra Pérez: 2 establecimientos
  - Parroquia Cecilio Acosta: 1 establecimiento
  - Parroquia Chiquinquirá: 4 establecimientos
  - Parroquia Coquivacoa: 1 establecimiento
  - Parroquia Cristo de Aranza: 2 establecimientos
  - Parroquia Francisco Eugenio Bustamante: 3 establecimientos
  - Parroquia Juana de Ávila: 3 establecimientos
  - Parroquia Manuel Dagnino: 2 establecimientos
  - Parroquia Olegario Villalobos: 4 establecimientos
  - Parroquia Raúl Leoni: 2 establecimientos
  - Parroquia Santa Lucía: 1 establecimiento
  - Parroquia Venancio Pulgar: 1 establecimiento

Mérida, Estado Mérida: se obtuvo una población de ochenta y seis (86) establecimientos farmacéuticos que atienden al municipio Libertador, quedando establecida una muestra de veinticinco (25) farmacias a ser encuestadas. Las 25 farmacias de la muestra se distribuyen por parroquia y por cantidad de la siguiente manera:

Parroquia Antonio Spinetti Dini: 1 establecimiento

[15] Locatel, Farmatodo, Farmahorro, Fundafarmacia, Farmacias Saas y Farmaplus
[16] Municipios Libertador, Baruta, Chacao, El Hatillo y Sucre
[17] En este enlace pueden ver en versión digital la muestra detallada por municipio y establecimiento https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1KeU8ZyT8gvWg9fAO-ewNQ49lnW0
[18] Municipios Iribarren y Palavecino
[19] Municipio Maracaibo

	Parroquia Caracciolo Parra Pérez: 3 establecimientos Parroquia Domingo Peña: 2 establecimientos Parroquia El Llano: 5 establecimientos Parroquia Juan Rodríguez Suarez: 3 establecimientos Parroquia Mariano Picón Salas: 2 establecimientos Parroquia Milla: 2 establecimiento Parroquia Osuna Rodríguez: 2 establecimientos Parroquia Sagrario: 5 establecimientos.

c. Técnicas e instrumentos

En la realización de este estudio se emplearon diversas técnicas e instrumentos según los objetivos específicos, a saber:

- Entrevista semiestructurada a proveedores de salud: dirigida a conocer la percepción de los y las proveedores de servicios en relación a las barreras y facilitadores que encuentran las mujeres para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. Se empleó una guía de entrevista incluida en el anexo A;
- Grupos focales con mujeres en edad reproductiva (incluidas adolescentes): dirigida a conocer las barreras y facilitadores que inciden en el acceso a los servicios de SSR (planificación familiar) de las mujeres (con énfasis en servicios diferenciados para adolescentes) en las maternidades y centros hospitalarios seleccionados. Se empleó un protocolo para orientar los grupos focales que se muestra en el anexo B;
- Encuesta en farmacias: dirigida a establecer el índice de escasez de métodos anticonceptivos en las farmacias de cuatro ciudades del país. Al formulario inicial diseñado por CONVITE para su estudio sobre desabastecimiento de medicinas, se anexó un listado de métodos anticonceptivos para determinar el índice de desabastecimiento en la muestra de establecimientos definida. En este listado se incluyen: anticonceptivos orales, anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos, implantes, parches, condones, aros vaginales y anticoncepción de emergencia. El cuestionario, incluido como anexo C, fue aplicado dos veces en el mes de agosto por un equipo de cinco monitores de CONVITE en cada ciudad;
- Encuesta sobre situación de maternidades: dirigida a conocer la situación de las salas de parto y pabellones de las maternidades seleccionadas. Este cuestionario recoge información sobre:

    - Suministro de agua, electricidad y alimentación;
    - Operatividad del laboratorio clínico;
    - Dotación de medicamentos, insumos y material médico quirúrgico;
    - Dotación de métodos anticonceptivos;
    - Dotación de equipos médicos y kits de bioseguridad;
    - Suficiencia y permanencia del recurso humano (equipos médicos, de enfermería y camareros/as);
    - Porcentaje de camas, UTI, UTIN, ambulancias operativas;
    - Presencia permanente de “grupos de seguridad” en el Hospital;
    - Hostigamiento y amenazas al personal de salud; y
    - Protestas por parte del personal de salud.

Este cuestionario es una adaptación del empleado en la *Encuesta Nacional de Hospitales* y fue aplicado vía digital a las y los informantes clave, en una aplicación única al final del mes de agosto para recoger información de la situación de la maternidad para ese mes. En el anexo D se presenta el cuestionario.

- Entrevista a proveedores de salud sobre creencias, prácticas y actitudes: dirigida a explorar los conocimientos, prácticas y actitudes de profesionales del sector salud hacia el aborto, embarazo adolescente y muertes maternas en el país, a fin de identificar hábitos, costumbres y visión del problema que pueda contribuir a la prevención y adecuada atención. Para estas entrevistas se empleó una guía de entrevista que se presenta en el anexo E;
- Registro diario de casos: se realizó una recolección de datos a partir de un cuestionario digital administrado diariamente (durante todo el mes de agosto) a un informante clave del servicio de obstetricia de cada institución hospitalaria seleccionada. Este cuestionario recoge el reporte diario de muertes maternas de acuerdo a causas y grupo etario (interesan las adolescentes embarazadas), número de abortos provocados y grupo etario de las mujeres. Se realizó una prueba piloto de este instrumento en el mes de julio. En el anexo F se presenta el cuestionario.

d. Trabajo de campo

El trabajo de campo fue realizado durante el mes de agosto. El equipo para el trabajo de campo estuvo estructurado de la siguiente manera:

Para el abordaje cualitativo: en cada ciudad se contó con dos profesionales de las ciencias sociales o afines con formación en investigación cualitativa, a cargo de: a) un grupo focal a mujeres para conocer acceso servicios de salud sexual y reproductiva; b) una entrevista a un/a proveedor/a de salud sobre acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; y, c) una entrevista a un/a proveedor/a de salud sobre creencias, prácticas y actitudes en torno a mortalidad materna, embarazo adolescente y aborto inseguro.

Para encuesta en farmacias: se contó con cinco monitores de CONVITE quienes realizaron dos mediciones en el mes de agosto.

Para encuesta sobre situación de maternidades y registro diario de casos: se contó con un informante clave en cada maternidad seleccionada quienes registraron los datos de manera diaria por espacio de un mes.

Para seguimiento del trabajo de campo: se contó con tres investigadoras, una a cargo de la inducción y supervisión de los componentes cualitativos y las otras dos de los componentes cuantitativos.

4. Marco Normativo y Políticas Públicas en Salud Sexual y Reproductiva en Venezuela

El marco normativo y de políticas públicas en Venezuela reconoce los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, aunque con algunas brechas persistentes en relación a estándares internacionales en esta materia. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) contempla el derecho a la vida, derechos de las familias y de acceso a políticas públicas de salud sexual y reproductiva, derecho a la educación y derecho a la salud. En particular el artículo 76 establece el derecho a la autonomía reproductiva al reconocer el derecho de las parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. Para ello, señala el texto constitucional, el Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos (OEA, 1999). Otras leyes que incorporan disposiciones relevantes sobre los derechos y la salud sexual y reproductiva son las siguientes:

- Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente (LOPNNA): Promulgada en 1998, entró en vigencia en el año 2000 y fue objeto de subsecuentes reformas, siendo la más reciente la de 2015. De acuerdo a la ley, se considera niño o niña toda persona cuya edad no supere los doce años, mientras que se entiende por adolescente toda persona cuya edad oscile entre doce y 17 años. Este instrumento legislativo tiene por objeto garantizar a los niños, niñas y adolescentes el pleno disfrute de sus derechos y la protección del Estado, la sociedad y las familias. Reconoce el derecho a ser protegidos y protegidas contra abuso y explotación sexual (Art. 33); derecho a la salud y a servicios de salud (Art. 41); derecho a la información en materia de salud, incluyendo salud sexual y reproductiva (Art.44); derecho a atención médica de emergencia (Art.48), y el derecho a acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva (Art.50).

- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LODMVLV): ratifica los derechos y principios consagrados en la Constitución, así como los contenidos en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de la Mujer (CEDAW). La LODMVLV establece como bienes jurídicos sujeto de protección el derecho a la vida, la dignidad e integridad física, psíquica y económica de la mujer, así como el establecimiento de obligaciones relacionadas con el derecho a la información y asesoramiento en atención a su vulnerabilidad. Asimismo se señala que esta Ley establece un marco de responsabilidades del Estado y reconoce la violencia de género como problema sociocultural, planteando soluciones desde la arista penal hasta la sensibilización acerca del tema, de las instituciones y sus funcionarios.

- Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad (LPFMP): Tiene como objetivo el desarrollo de políticas para la protección de las familias, la maternidad y la paternidad. Establece como deber del Estado la promoción y difusión de programas sobre

"derechos y deberes sexuales y reproductivos, educación sexual, acceso a métodos y estrategias para la planificación familiar."

- Código Penal (2005): tipifica como delito el aborto, definido como tratar de conseguir la madre, sola o con la asistencia de un coautor la extinción de la vida del feto, y sólo admite la interrupción del embarazo si la vida de la madre se encuentra en peligro.

En relación a las políticas públicas en materia de salud sexual y salud reproductiva, Venezuela cuenta con la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, la cual define las directrices, competencias, funciones y procedimientos para la atención integral de la salud sexual y reproductiva.

En Venezuela el órgano rector de la política pública referente a la protección de los derechos de las mujeres es el Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género (MinMujer) creado en 2009. Entre los planes y programas diseñados que mencionan la atención a los derechos sexuales y los derechos reproductivos se encuentran:

- Plan para la Igualdad y Equidad de Género "Mamá Rosa" (2013 - 2019): incluye en sus líneas de acción la coordinación con el MPPS para la creación de servicios especializados en la atención integral en salud para las mujeres, en toda la red del sistema nacional de salud pública. Asimismo, acompañar las acciones de las instituciones responsables en todos los procesos de formación y capacitación para la prevención de la mortalidad materna. Sin embargo, MinMujer no ha presentado información que permita realizar seguimiento al cumplimiento de éste Plan.

- Primer Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres en Venezuela (2014-2019): cuyo objetivo general es garantizar el conocimiento, promoción, protección y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, a fin de que puedan ejercer la autonomía sobre sus cuerpos, su sexualidad y su reproducción. El Plan plantea garantizar servicios de atención integral de calidad en las áreas de planificación familiar, prevención del embarazo adolescente, embarazos deseados, partos seguros y humanizados. Asimismo, señala como línea de acción el diseño de una campaña sobre la prevención del embarazo temprano y en adolescentes. La información suministrada por el Estado venezolano ante el Comité de la CEDAW, no reporta resultados de los programas diseñados a partir del Plan y sólo se refiere al desarrollo del Programa "Maternidad, deseada, segura y feliz 2015-2019," centrado el apoyo a mujeres en situaciones de vulnerabilidad social. Los resultados de la implementación de éste programa tampoco son conocidos.

- Plan de Parto Humanizado (2017): este plan ha sido desarrollado como un programa formativo en torno a la *Guía de Orientación para una Maternidad Deseada, Segura y Feliz*, y se propone tres objetivos: la formación de 10.000 promotoras comunales del parto humanizado; la articulación con el sector salud donde se incluye la certificación de los centros de salud "Amigos del Parto Humanizado"; desarrollo de una campaña comunicacional transversal para sensibilizar a la población. Asimismo, desde la Asamblea Nacional Constituyente en el mes de abril de 2018 se aprobó el Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y Nacimiento Humanizado con la finalidad de "garantizar el derecho humano de quienes integran la familia a una gestación, parto y nacimiento humanizado."

- Plan Nacional de Prevención del Embarazo a Temprana Edad y en la Adolescencia (2016): Contempla nueve ejes contextuales que van desde la educación integral de la sexualidad con enfoque de derechos; programas y servicios de salud diferenciados para adolescentes; sistema de protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes; empoderamiento, participación y organización de las y los adolescentes.

No se dispone de información oficial sobre el progreso en la implementación de éstos planes y programas en razón de que desde el año 2016 no se publican memorias y cuentas de los organismos de la administración pública.

5. Resultados

a) Situación y acceso a servicios de maternidades y centros hospitalarios

Entre los objetivos específicos de este estudio está conocer el nivel de acceso a los servicios de planificación familiar (con énfasis en servicios diferenciados para adolescentes), la disponibilidad de métodos anticonceptivos y la situación general de las maternidades y centros hospitalarios con los que se ha trabajado. Para ello, se exploró la situación y el acceso a los servicios en las maternidades y hospitales en cuanto a:

- Servicios de alimentación, agua, suministro de electricidad;
- Servicio de laboratorio clínico;
- Dotación de medicinas, insumos y métodos anticonceptivos;
- Recurso humano y equipamiento;
- Costos, horarios y transporte para acceder a los servicios.

Esta exploración fue realizada a través de una encuesta en línea aplicada al final del mes de agosto en la Maternidad del Sur (Valencia, Estado Carabobo), la Maternidad Concepción Palacios (Caracas) y en el Hospital Victorino Santaella (Los Teques, Estado Miranda) para conocer la situación de los servicios, la cual fue enriquecida con entrevistas a proveedores de salud y grupos focales de usuarias realizados en cada ciudad sobre el acceso a los servicios. El análisis de los resultados obtenidos nos permite comprender cuáles son los mecanismos que generan discriminación y/o exclusión en el acceso a los servicios (barreras) o cuáles factores están facilitando su ingreso y atención en el sistema de salud (facilitadores). A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada una de las áreas señaladas.

Servicios de alimentación, agua, suministro de electricidad

Lo primero que destaca en los resultados es la ***falla absoluta del servicio de alimentación*** en la Maternidad del Sur y en el Hospital Victorino Santaella (ver Tabla 4), lo que significa que son las propias pacientes y/o sus familiares quienes deben garantizar sus alimentos en caso de que requiera ser hospitalizadas.

Los costos de un desayuno, almuerzo o cena en cualquier cafetín de un centro hospitalario usualmente superan lo que las pacientes puedan costear, por lo que su alimentación debe provenir de sus hogares. Esto conlleva a dos aspectos problemáticos importantes: el primero es que, dada la crisis actual, la familia no siempre está en capacidad de proveer una alimentación balanceada y acorde a las necesidades nutricionales de la paciente; y el segundo, está vinculado a los aspectos de preparación y transporte de los alimentos a las pacientes que se encuentran hospitalizadas.

La falla absoluta del suministro de alimentación definitivamente afecta la calidad del servicio e interfiere con la permanencia de las mujeres en los hospitales. Se tiene información de que para ingresar a las pacientes en los centros hospitalarios se requiere

del compromiso de la familia en garantizar la comida de las pacientes, toda vez que la institución no la está suministrando. Sólo la Maternidad Concepción Palacios reporta un suministro intermitente de alimentación.

Tabla 4: Servicios de alimentación, agua y electricidad

Servicios	Maternidad del Sur de Valencia	Hospital Victorino Santaella de Los Teques	Maternidad Concepción Palacios
Alimentación			
Suministro de agua			
Suministro de electricidad			

Leyenda:
Falla absoluta (sin servicio durante todo el mes)
Intermitente (sin servicio más de 5 horas continuas o discontinuas al mes)


Normal (servicio las 24 horas al día durante todo el mes)

En la encuesta aplicada, el ***suministro de agua*** es reportado como intermitente en la Maternidad del Sur de Valencia y en la Maternidad Concepción Palacios, mientras que en el Hospital Victorino Santaella es reportado como normal (ver Tabla 4); sin embargo, es preciso resaltar que en el grupo focal realizado en Los Teques, las mujeres participantes reportaron lo siguiente:

> *"Las escaleras olían horrible."*
>
> *"Huelen demasiado a orine. Eso fue hace como dos meses. De verdad yo tenía tiempo que no entraba al Victorino pero las condiciones en las que se encuentra el hospital, o sea, no es como para quedarse allí."*

En el grupo focal de Valencia, las mujeres de igual manera reportaron la intermitencia en el suministro del agua como una barrera en el acceso a los servicios, vinculada a las condiciones de higiene de los mismos.

El ***servicio de electricidad*** es reportado como intermitente en la Maternidad del Sur y normal en el Hospital Victorino Santaella y en la Maternidad Concepción Palacios (ver Tabla 4), y no hubo comentarios específicos sobre este factor en los grupos focales ni en las entrevistas a proveedores de salud.

Servicio de laboratorio clínico

En la Maternidad del Sur el servicio de laboratorio no está operativo, mientras que en el Hospital Victorino Santaella y en la Maternidad Concepción Palacios está operativo con fallas intermitentes (ver Tabla 5). Esto implica que las pacientes deben realizarse los exámenes de laboratorio correspondientes en otras instituciones públicas que presten el servicio o de manera privada, siendo esta segunda opción la más frecuente, debido a las fallas en el servicio de laboratorio de las diferentes instituciones públicas.

Las participantes del grupo focal de Valencia señalaron:

“Me mandaron a hacer los exámenes y todas las muestras llevarlas a otro lado y traer los exámenes para que la doctora lo revisara.”

“No había nada, ninguno de los implementos y me mandaron a hacer los exámenes a otro lado.”

“En el sitio público donde asistí no había absolutamente nada. En el privado sí.”

“Cuando te haces la citología, le dan a uno la muestra para que uno venga a la Cruz Roja para que evalúen la muestra”.

“La doctora le decía a uno que llevara la muestra a otro lugar para que la evaluaran y después que le trajera los resultados para ella evaluarla.”

Uno de los proveedores de salud del Hospital Victorino Santaella señala sobre esta situación,

“No tenemos ni laboratorio clínico. En este momento no está funcionando banco de sangre, no está funcionando la parte de radiografías. Todas las pacientes que acuden tienen que procesar sus exámenes en centros privados.”

Con todo esto, la atención médica se retrasa. Las mujeres deben acudir a otra instancia para practicarse los estudios. Las que pueden pagar los exámenes acuden a centros privados, mientras que las que van a centros públicos deben pasar por procesos de espera en las citas para laboratorio. Incluso algunas no logran continuar con su proceso de atención por carecer de los recursos económicos para realizarse los estudios solicitados. Todo esto se transforma en una barrera en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Una proveedora de servicios reporta,

“(…) la situación económica no escapa de ninguna parte y son pacientes que generalmente acuden a la primera consulta… uno solicita una serie de paraclínicos que están establecidos en los protocolos de atención a la mujer embarazada y a la parte ginecológica, y me imagino que la limitación que hay también es que, no se cuenta con institutos públicos que procesen este tipo de paraclínicos, bien sea hematología completa o pruebas especiales, y me imagino que más que todo la parte económica no lo pueden pagar en privado y es un limitante para que ellas acudan nuevamente a servicio (…)”

Tabla 5: Servicio de Laboratorio Clínico

	Maternidad del Sur de Valencia	Hospital Victorino Santaella de Los Teques	Maternidad Concepción Palacios

Leyenda:
100% operativo
Operativo con fallas intermitentes
No operativo
Nunca ha habido

Dotación de medicinas, insumos y métodos anticonceptivos

La dotación de medicinas e insumos se encuentran en situación crítica en los 3 hospitales que participaron en el estudio (ver Tabla 6 y Tabla 7). Los rubros cuya dotación es normal son pocos y la mayoría posee una dotación irregular o la misma es inexistente. Esta situación se presenta en los tres hospitales. La deficiencia es reportada tanto por los proveedores de salud como por las usuarias de los servicios.

Un proveedor de servicios señala,

> *"(…) no hay insumos, no hay medicamentos, no hay lo necesario en el hospital. Eso lo viví yo también, o sea lo viven los pacientes y lo vivo yo, lo veo todos los días y lo vivo como familiar, y luego de que logras salvarte milagrosamente de esa urgencia en la que entras desesperado, que quieres soluciones, porque de algún lado recurres a un amigo al de la derecha al de la izquierda al de cualquier lado para que te facilite algún material y los médicos hacen magia con lo que encuentran, solucionas la urgencia y después viene todo el karma y la calamidad de quedarte en ese mismo hospital convaleciente. Entonces mira, te tenemos que poner antibiótico para cubrirte después que te operamos pero aquí no lo hay, consíguelo tú, y sales y te encuentras con que necesitas treinta y pico de ampollas por ponerte. Un ejemplo cualquiera y cada ampolla te cuesta diez millones de bolívares, o sea yo digo ¿quién tiene ese alcance hoy día para cubrir esa necesidad? O sea y cuando te hablo, te hablo con el corazón, o sea te digo lo que veo en las pacientes, y veo como llora la que no lo puede comprar y como lloré yo como familiar con lo tuve que vivir para cubrir esa necesidad, porque eso mata, eso te mata más que la misma enfermedad."*

La ausencia de medicinas e insumos debe ser cubierta también por la paciente y sus familiares. Así, no sólo deben procurarse su propia alimentación y cubrir los costos de sus exámenes médicos, sino que también deben buscar y pagar las medicinas e insumos básicos para su atención. Una participante del grupo focal de Valencia plantea,

> *"El doctor que me estaba atendiendo me dice que él ponía los guantes y ponía con lo que se hacía la citología, que yo ponía lo demás."*

Tabla 6: Dotación de Medicinas

	Maternidad del Sur de Valencia	Hospital Victorino Santaella de Los Teques	Maternidad Concepción Palacios
Oxitocina 10 UI/ml	Dotación normal	Dotación normal	Dotación normal
Methergin 0,2 Mg/ml	No hay dotación	No hay dotación	No hay dotación
Misoprostol 200 mcg	Dotación irregular	No hay dotación	Dotación normal
Ampicilina parenteral	Dotación irregular	No hay dotación	No hay dotación
Ceftriaxona parenteral	Dotación irregular	No hay dotación	Dotación irregular
Clindamicina	No hay dotación	No hay dotación	No hay dotación
Furosemida parenteral	No hay dotación	No hay dotación	Dotación irregular
Gentamicina parenteral	No hay dotación	No hay dotación	Dotación irregular
Metronidazol parenteral	No hay dotación	No hay dotación	Dotación irregular
Paracetamol, dipirona o metamizol	Dotación irregular	Dotación normal	Dotación irregular
Ranitidina parenteral	No hay dotación	Dotación normal	Dotación irregular
Gluconato de calcio parenteral	Dotación irregular	Dotación normal	Dotación normal
Hidralazina líquida parenteral	No hay dotación	No hay dotación	Dotación normal
Nifedipina oral	No hay dotación	Dotación irregular	Dotación normal
Sulfato de magnesio parenteral	Dotación normal	Dotación normal	Dotación normal

Leyenda:
Dotación normal
Dotación irregular
No hay dotación

Insumos básicos para la atención como son sutura, tubos de ensayo, gasas y guantes poseen una dotación irregular o no hay dotación. Sólo cuatro rubros: solución fisiológica, Solución Ringer-lactato, Sonda Nelaton y Jeringas 10 cc tuvieron una dotación normal en el mes de agosto en el Hospital Victorino Santaella. La Maternidad Concepción Palacios indica contar con mayores recursos que las otras dos. Una proveedora de salud señala:

> *"Aquí hay toda la intención de ayudarte, aquí está el quirófano, aquí están los médicos pero no tenemos tal cosa, y ya la paciente por mucha voluntad que tenga, cualquier personal del hospital desde los más elevados hasta los más abajo, hablando de los directores hasta los médicos, que tengan voluntad e intención de ayudar, si no existe el insumo o si no existe el material, ¿cómo nos las ingeniamos? Porque yo puedo tener estas dos manos pero si a mí me ponen una paciente enferma con una emergencia y no tengo, así literalmente no hablando en términos médicos la sutura adecuada para abrir y cerrar el útero, ¡no! Si yo no tengo con qué coserla después que la abra para sacar el bebé ¿Cómo la atiendo?*
>
> *Así grande, ¡NO!, no hay infraestructura adecuada, no hay insumos para atenderlas, no hay. Así en dos platos, no hay más nada qué decir. Déficit, es la palabra, no hay nada."*

Tabla 7: Dotación de Insumos

	Maternidad del Sur de Valencia	Hospital Victorino Santaella de Los Teques	Maternidad Concepción Palacios
Solución fisiológica 0,9 500 cc	Dotación irregular	Dotación normal	Dotación normal
Solución Ringer -Lactato (Sol Hartmann) 500 cc o 1000 cc	Dotación irregular	Dotación normal	Dotación normal
Sonda Nelaton o Foley 14 Fr	Dotación irregular	Dotación normal	Dotación irregular
Bolsa recolectora de orina	Dotación irregular	No hay dotación	Dotación normal
Ceteter Jelco No 14-16	No hay dotación	Dotación irregular	Dotación normal
Sutura Catgut Cròmico 2-0 y 0	No hay dotación	Dotación irregular	Dotación normal
Sut Nylon o seda sin aguja (sutupak) 1 o 0	Dotación irregular	Dotación irregular	Dotación normal
Sistema de infusión EV - Macrogotero	Dotación irregular	Dotación irregular	Dotación normal
Mascarilla de oxígeno con reservorio	Dotación irregular	No hay dotación	Dotación normal
Cánula de Mayo No. 4 o 5	Dotación irregular	Dotación irregular	Dotación irregular
Jeringas 10 cc	No hay dotación	Dotación normal	Dotación normal
Guantes estériles Tallas 7 y 8	Dotación irregular	No hay dotación	Dotación irregular
Gasas estériles Grandes	Dotación irregular	No hay dotación	Dotación normal
Tubo de ensayo con anticoagulante	No hay dotación	No hay dotación	Dotación irregular
Tubo de ensayo sin anticoagulante	No hay dotación	No hay dotación	Dotación normal

Leyenda:
Dotación normal
Dotación irregular
No hay dotación

Las mujeres en todos los grupos focales mencionaron haber tenido que comprar insumos dada su ausencia en estos en los servicios y ante la posibilidad de quedarse sin atención o tener que asistir al sector privado para recibir la atención completa, algo que la mayoría no puede costear:

> *"A mi cuñada la atendieron, pero tuvo que comprar todo porque no había nada."*

Las mujeres de menores recursos y las adolescentes son potencialmente las más afectadas, ya que no cuentan con el dinero necesario para poder realizarse exámenes de laboratorio y otros estudios en centros privados y/o adquirir las medicinas y materiales médico quirúrgicos. Esto constituye una barrera determinante en el acceso a los servicios.

Adicionalmente, los centros de salud consultados no cuentan con dotación de métodos anticonceptivos. Todos los rubros en los 3 hospitales carecen de dotación siendo la excepción los dispositivos intrauterinos en la Maternidad del Sur, los cuales presentan dotación irregular, al igual que los preservativos masculinos en el Hospital Victorino Santaella, y los anticonceptivos de emergencia que también presentan dotación irregular en la Maternidad Concepción Palacios (ver Tabla 8). Una de las participantes del grupo focal de Los Teques reporta,

> *"(...) anteriormente los había. En los centros de salud cuando yo tuve mis hijas había muchos. Había los anticonceptivos, había la T de cobre, había muchas cosas. Si te querías ligar también te daban la oportunidad. Y yo creo que debería pagarlo el Estado."*

Tabla 8: Dotación de Métodos Anticonceptivos

	Maternidad del Sur de Valencia	Hospital Victorino Santaella de Los Teques	Maternidad Concepción Palacios
Anticonceptivos orales	No hay dotación	No hay dotación	No hay dotación
Anticonceptivos inyectables	No hay dotación	No hay dotación	No hay dotación
Dispositivos intrauterinos	Dotación irregular	No hay dotación	No hay dotación
Dispositivos implantables	No hay dotación	No hay dotación	No hay dotación
Parches	No hay dotación	No hay dotación	No hay dotación
Preservativos masculinos	No hay dotación	Dotación irregular	No hay dotación
Aros vaginales	No hay dotación	No hay dotación	No hay dotación
Anticoncepción de emergencia	No hay dotación	No hay dotación	Dotación irregular

Leyenda:
Dotación normal
Dotación irregular
No hay dotación

Recurso humano y equipamiento

La situación del recurso humano en los centros hospitalarios es particularmente delicada. En el Hospital Victorino Santaella sólo los equipos de gineco-obstetricia, enfermería y limpieza se encuentran completos, reportando gran inasistencia del personal de pediatría-neonatología y de anestesiología. En la Maternidad del Sur se aprecian entre 1 y 5 inasistencias mensuales de todo el personal (ver Tabla 9). En la Maternidad Concepción Palacios ninguno de los equipos se encuentra completo, con el agravante del equipo de anestesiología cuya inasistencia supera los 20 días al mes. Esto indica que en los centros hospitalarios no cuentan con todo el recurso humano requerido todo el tiempo, lo cual disminuye la capacidad de respuesta y prestación de servicios a las pacientes.

En cuanto a los equipos, todas las instituciones refieren contar con los equipos médicos requeridos, no así con los Kits de bioseguridad (ver

Tabla 10).

Las camas de emergencia se reportan como 100% operativas en los tres hospitales. Sin embargo no queda claro si este número de camas es suficiente en función a la demanda diaria de pacientes, siendo una variable que debe ser explorada con más profundidad. Las camas de sala de parto están operativas sólo en un 18,75% en la Maternidad del Sur, en un 50% en el Hospital Victorino Santaella y en un 100% en la Maternidad Concepción Palacios (ver Tabla 11).

Por su parte, sólo el 30% de las salas de operación está operativa en la Maternidad del Sur, en el Hospital Victorino Santaella apenas el 22,22% y el 50% en la Maternidad Concepción Palacios. En la Maternidad del Sur no cuentan con unidad de terapia intensiva para adultas y sólo poseen una unidad de terapia intensiva pediátrica. En el Hospital Victorino Santaella poseen una unidad de terapia intensiva para adultas actualmente operativa y una pediátrica fuera de funcionamiento. La Maternidad Concepción Palacios posee 6 Unidades

de terapia intensiva, todas operativas y 8 unidades de terapia intensiva con el 50% operativa.

Ninguno de estos hospitales cuenta con servicio de ambulancia. La única ambulancia que posee la Maternidad Concepción Palacios no está operativa.

Tabla 9: Recurso Humano

	Maternidad del Sur de Valencia	Hospital Victorino Santaella de Los Teques	Maternidad Concepción Palacios
Gineco-obstetricia	[amarillo]	[gris]	[amarillo]
Pediatría - neonatología	[amarillo]	[azul]	[azul]
Anestesiología	[amarillo]	[azul]	[rojo]
Enfermería	[amarillo]	[gris]	[azul]
Limpieza (camareras)	[amarillo]	[gris]	[amarillo]

Leyenda
Completo (ninguna inasistencia) [gris]
Parcialmente completo (entre 1 y 5 inasistencias) [amarillo]
Parcialmente incompleto (entre 6 y 20 inasistencias) [azul]
Incompleto (inasistencia de más de 20 días) [rojo]

Tabla 10: Dotación de Equipos Médicos

	Maternidad del Sur de Valencia	Hospital Victorino Santaella de Los Teques	Maternidad Concepción Palacios
Equipos médicos	[gris]	[gris]	[gris]
Kits de bioseguridad (mono, lentes, guantes)	[rojo]	[rojo]	[rojo]

Leyenda:
NO [rojo]
SI [gris]

Tabla 11: Equipamiento

Equipamiento	Maternidad del Sur de Valencia		Hospital Victorino Santaella de Los Teques		Maternidad Concepción Palacios	
	Operativos	No operativos	Operativos	No operativos	Operativos	No operativos
Número de camas de Emergencia	10	0	16	0	6	0
Número de camas de Sala de parto	3	13	2	2	9	0
Número de pabellones	1	2	2	7	3	3
UTI adultos	0	0	1	0	6	0
UTIN pediátrica	1	0	0	1	4	4
Ambulancias	0	0	0	0	0	1

Todo lo anterior habla de una disminución sensible de la capacidad de atención de los centros de salud y de carencias importantes de recursos y condiciones mínimas necesarias para brindar el servicio adecuado a las mujeres. Como señala una proveedora de servicios,

“De los aparatos como tal, no los tenemos, ausentes los ecógrafos, ausentes los monitores fetales, ausentes los monitores de TRF, eh…ausente, ausente, ausente, ausente, las camillas ginecológicas deterioradas; se usan, pero hay muchas que huelen hasta mal, es más, ahí hubo hasta un diagnostico hace unos meses de una camilla que tenía una miasis, eso es literalmente gusanos, que después que nos quejamos mil veces la sacaron, nos quejábamos: eso tiene gusanos, huele mal y está podrido,; huele mal, tiene gusanos, está podrido, está podrido, tiene gusanos, huele mal; dos mil veces repetir lo mismo, hasta que por fin alguien dijo: si los tiene. Y los sacaron, por ahí tú sacas la cuenta.”

Costos, horarios, transporte y ubicación de los servicios

Aunque los hospitales públicos deberían brindar servicios gratuitos, en la práctica esta gratuidad no es tal ya que, como se ha mencionado, las mujeres deben practicarse y pagar con sus propios recursos exámenes de laboratorio y otros estudios en centros privados, y además deben costear su propia alimentación, así como medicinas e insumos requeridos para poder acceder al servicio y a la atención médica. Teniendo en cuenta que en Venezuela, de conformidad con datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI), el 87% de la población vive en condiciones de pobreza y un 61% en pobreza extrema (ENCOVI, 2017), está claro que la mayoría de las mujeres que acuden a estos centros hospitalarios públicos no pueden cubrir los costos señalados, lo cual impone una limitación en su acceso a los servicios, incluyendo muy particularmente a las adolescentes.

En cuanto a los horarios de los servicios y los procedimientos para las citas, la situación no es alentadora. Una proveedora de servicios plantea,

“(…) si yo me embarazo hoy y tengo cuatro semanas, que llaman las mujeres en el vulgo un mes, y yo de forma responsable quiero ir a controlarme y voy porque tengo un mes y yo quiero empezar desde ahorita, a mí me van a dar la cita probablemente para mes y medio dos meses cuando ya yo tenga ocho semanas, dos meses, entonces el propósito o la intención de la paciente de ir a controlarse de manera adecuada la pierde cuando ve que la cita se la dan en tanto tiempo pues, y así pasa con los controles con todo; a veces los controles prenatales que son mensuales en las primeras semanas, llegan a ser no mensuales sino de mes y medio, de dos meses porque las citas están tan colapsadas y las consultas están tan full de pacientes que terminan siento mucho más largas, entonces cual es el control real o regular de esa paciente. Muy pocas lograran llegar de verdad a la meta del buen control del embarazo pues.”

De acuerdo a esto, la ausencia de control prenatal de las mujeres también está vinculada a las barreras en el acceso a los servicios. Hay menos servicios y los que existen están colapsados. En palabras de otra proveedora de servicios,

“(…) no existe en realidad la cantidad de hospitales que puedan llevar la asistencia adecuada al número de pacientes que se deberían ver en cada

uno de ellos, y en los niveles de atención que tenemos dentro de la salud son precarios, porque antes la paciente que iba a un ambulatorio donde había un médico capacitado de decirle todo lo que yo acabo de describir esos son los primeros dolorcitos, o vamos a esperar un poquito, mira que estoy tactando tu bebé está bien, tienes que esperar un poco para que no te tacten demasiado en el hospital ya eso no existe. El sistema de salud esta tan deteriorado, está tan precario, que ese sistema de salud primaria que existía que era el que nos ayudaba a compensar el trabajo hospitalario que era el del ingreso real, de emergencia real, ahora está colapsado porque esos centros no existen o no están, no tienen los insumos, no tienen el médico, no tienen el personal, o por la inseguridad los cierran, por cualquier causa no existen, o sea existen en nombre, en estructura, está la estructura pero no están capacitados para atender la paciente. Entonces ¿Qué pasa? Que colapsan los sistemas que van más arriba, los hospitales que deberían recibir la emergencia real, que ya la vio en el ambulatorio el del centro de atención primaria la está recibiendo todo el hospital, está siendo prácticamente emergencia y consulta, todo. Entonces eso ya obviamente implica que los niveles de asistencia ya no existen. Esos centros que deberían recibir las pacientes no están trabajando como debería ser."

Los servicios de atención primaria no están funcionando tampoco a cabalidad, por lo que las pacientes acuden a los centros hospitalarios tipo IV que exhiben grandes deficiencias, lo cual se traduce en retrasos en la asignación de citas, en la atención de las emergencias y la capacidad resolutiva de los casos. Las usuarias reportan que para acceder a los servicios públicos se topan con varias barreras: escasez de cupos para la atención en los servicios, inseguridad, transporte y dinero. Ellas plantean,

"(…) para poder llegar al sitio hay que llegar a las 3am para poder agarrar el número porque dan muy poquitos números y va mucha gente. Y la inseguridad está muy fuerte porque ¿cómo salgo yo a esa hora de mi casa? Hay malandros y la situación no está muy bien".

"(…) no hay transporte, no hay muchas camionetas y por más que te pares a las 4am no va a haber transporte, tienes que caminar para poder llegar a la hora".

"(…) transporte, seguridad y dinero. Para poder llegar a tiempo porque dan diez números nada más, y el dinero porque está muy caro".

"Inseguridad, dinero y transporte. Porque tengo que salir muy temprano para poder llegar y a veces duro en la parada como tres horas esperando un carro. No llego a tiempo".

"(…) en mi caso el transporte porque uno se para temprano para ir a consulta y la cuestión es que pase el transporte".

"(…) tenemos pacientes que tienen una estancia hospitalaria nocturna, que se quedan en criollo divagando y caminando por un hospital, porque llegan porque le dieron una cola, porque llegan porque alguien en el día las empujó hasta allá o consiguieron un transporte medianamente malo donde se montan, ¿cómo le llaman? ¿Las perreras?"[20]

"(…) te encuentras que la paciente tú la ves cuando entra en la emergencia y tú sigues pasando trabajo y sigues pasando paciente y sigues viendo pacientes en todo el día, y tú puedes pararte después de las dos de la tarde que viste a esa paciente, que tú te paras a las seis de la tarde y das una vuelta por los alrededores del hospital y te puedes encontrar con la misma cara que evaluaste a las dos de la tarde te la encuentras allá afuera, y cuando tu humanamente con lo que tenemos como persona y no como médico te acercas a esa paciente a ver qué pasó y le preguntas que porque sigue allí , ¿Qué te dice? Que no tiene como irse, que no tiene como irse porque transporte no hay, y no tiene como irse porque ambulancia en el hospital no hay ni siquiera que las lleve a ningún lado, y no tiene como irse porque el familiar no tiene vehículo, porque hoy día quién puede mantener un vehículo".

Otras variables exploradas fueron la presencia de cuerpos de seguridad, el hostigamiento al personal de salud y la ocurrencia de protestad durante el mes de agosto. En materia de seguridad, se observa una mayor presencia de diversos cuerpos o grupos de seguridad en la Maternidad Concepción Palacios en comparación con los otros dos hospitales (ver Tabla 12)

Tabla 12: Cuerpos de Seguridad

Presencia permanente de "grupos de seguridad" en el Hospital	Número aproximado de miembros de cada uno de estos grupos		
	Maternidad del Sur de Valencia	Hospital Victorino Santaella de Los Teques	Maternidad Concepción Palacios
Colectivos[21]	3	0	0
Militares	4	0	20
Cuerpos de Seguridad (policías)	4	0	0
Seguridad del propio hospital	5	1	25
Otro	0	0	0

Los casos de hostigamiento y amenazas a todo el personal que labora en los establecimientos de salud se han convertido en una señal del interés por desestimular los intentos por denunciar las condiciones de esos centros, así como el estado de desesperación de usuarios y usuarias por recibir atención. Así, la Maternidad del Sur en Valencia fue el centro que reportó mayores casos de hostigamiento y amenazas provenientes de los mismos pacientes, mientras que en la Maternidad Concepción Palacios dichos hostigamientos y amenazas venían también de los pacientes, además de los colectivos y los directivos del hospital (ver Tabla 13).

[20] El término "perrera" designa un tipo de transporte de carga para el traslado de animales. Su uso para el traslado de personas en Venezuela se ha popularizado en los últimos meses a causa de un déficit severo de unidades de transporte público.

[21] En Venezuela se llama "colectivos" a grupos para-policiales o paramilitares que operan con impunidad y apoyo del Estado.

En la Maternidad Concepción Palacios, se reportó protestas y un caso de violencia contra la mujer por parte de un directivo del hospital hacia personal femenino del área de salud (ver Tabla 14).

Tabla 13: Hostigamiento al personal de salud

Hostigamiento y amenazas al personal de salud en este mes por parte de:	Maternidad del Sur de Valencia	Hospital Victorino Santaella de Los Teques	Maternidad Concepción Palacios
Pacientes	10	0	3
Colectivos	0	0	1
Militares	0	0	0
Cuerpos de Seguridad (policías)	0	0	0
Personal directivo del hospital	0	1	2

Tabla 14: Protestas

En este mes ¿el personal salud ha realizado protestas por alguna de estas causas?	Maternidad del Sur de Valencia	Hospital Victorino Santaella de Los Teques	Maternidad Concepción Palacios
Por sueldos	1	1	12
Por medicinas	1	1	12
Por agua	0	0	0
Por luz	0	0	0
Por condiciones del servicio/hospital (equipos e insumos)	0	0	12
Por seguridad	0	0	12
Otra (especifique)	No	No	No

b) Disponibilidad de métodos anticonceptivos

Este componente del estudio persiguió como objetivo realizar una medición que nos permitiera aproximarnos a la realidad del abastecimiento de métodos de planificación familiar en Venezuela. Como se ha indicado antes, las únicas informaciones disponibles al respecto son aquellas dadas a la prensa por parte de la Federación Farmacéutica de Venezuela (FEFARVEN), la cual ha ubicado el desabastecimiento de anticonceptivos en un 85%.[22] Igualmente, el representante del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) en Venezuela también ha reconocido públicamente la situación de escasez y la inexistencia de cifras oficiales al respecto.[23]

Para determinar el nivel de existencia de métodos de planificación familiar en las 4 ciudades incluidas en el estudio se utilizó un "Indicador de Escasez" el cual representa el

[22] Al respecto ver: http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/falta-anticonceptivos-aumenta-embarazos-adolescentes-venezuela_235261

[23] Al respecto ver: http://www.el-nacional.com/noticias/salud/falta-anticonceptivos-afecta-planificacion-familiar_243689

porcentaje de establecimientos de la muestra en donde no se encuentra el rubro en ninguna de sus variedades o presentaciones a disposición de las y los consumidores. El mismo ha sido construido con base en la ausencia de los productos específicos solicitados y de todos sus sustitutos directos en los anaqueles de los establecimientos. Por "sustitutos directos" se entienden las marcas y presentaciones asociadas a un mismo rubro.

También se ha utilizado el "Indicador de Ausencia o Desabastecimiento" el cual representa el porcentaje de casos en donde el producto específico investigado no está presente en el establecimiento y permite evaluar los niveles de disponibilidad de los bienes en los mercados. Este indicador se construye únicamente con base en los productos específicos investigados.

Los métodos de planificación familiar incluidos en la medición fueron aquellos incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS, a saber:

Anticonceptivos Orales: Dos principios activos en 3 tipos de combinaciones o presentaciones Etinilestradiol/Levonorgestrel, Etinilestradiol/Noretisterona, Levonorgestrel.

Anticonceptivos Inyectables: Tres principios activos en 3 tipos de combinaciones o presentaciones Acetato de Medroxiprogesterona, Acetato de Medroxiprogesterona/Cipionato de Estradiol, Enantato de Noretisterona.

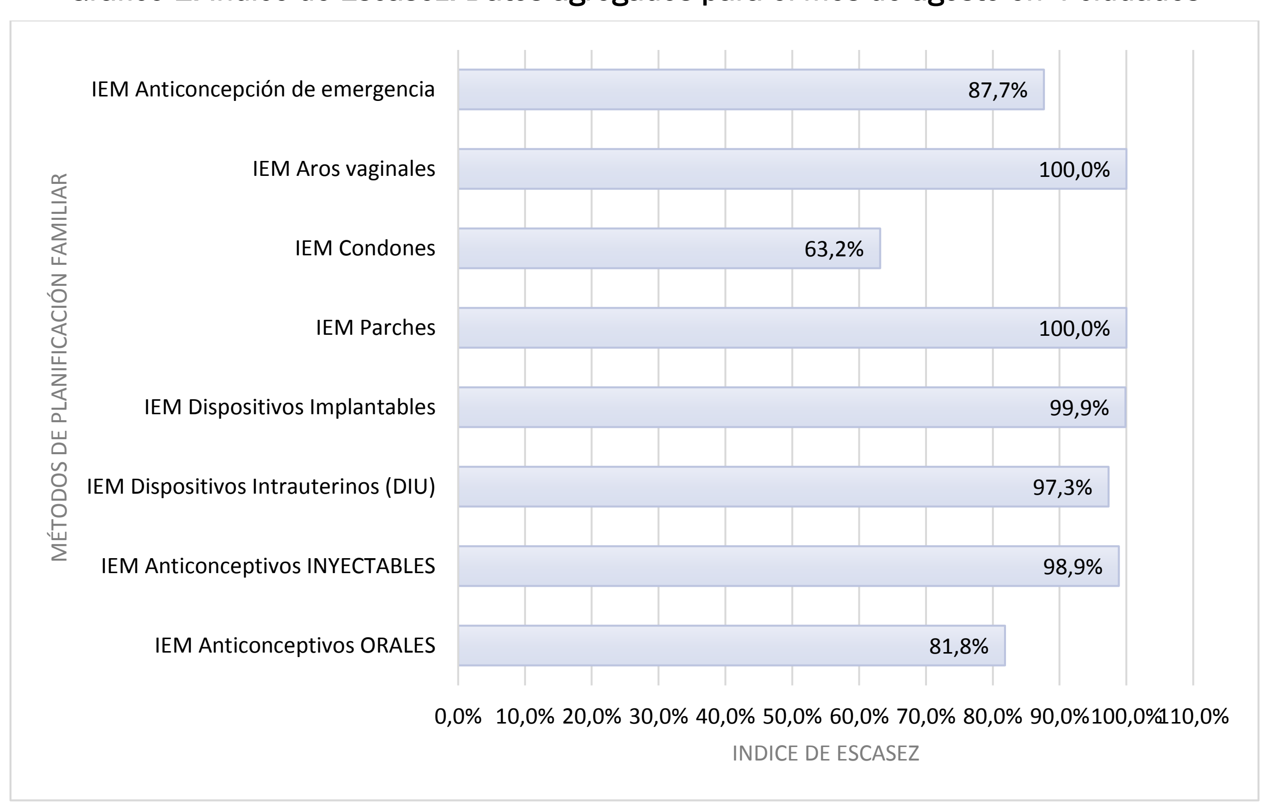
Otros métodos: Dispositivos Intrauterinos (DIU); Dispositivos Implantables (implantes liberadores de levonorgestrel); parches; condones, aros vaginales, y anticoncepción de emergencia.

La medición se realizó en dos oportunidades durante el mes de agosto en farmacias privadas, incluyendo establecimientos pertenecientes a cadenas nacionales así como farmacias independientes.

En casi todos los rubros, el indicador de escasez se ubica por encima del 80% con excepción del rubro condones en el cual se ubica en más del 60% (ver gráfico 1), siendo estos hallazgos consistentes con la cifra estimada divulgada por FEVARVEN. Sí bien el indicador el índice en el caso de los condones es menor, no deja de tratarse de un nivel preocupante de escasez.

En todos los casos, cuando los métodos están disponibles en los establecimientos, los mismos tienen costos elevados, lo cual impide su adquisición por parte de usuarias y usuarios.

Gráfico 1: Índice de Escasez. Datos agregados para el mes de agosto en 4 ciudades



Los métodos de planificación familiar mayormente usados en Venezuela[24] tales como anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos y anticonceptivos inyectables mostraron índices de escasez sumamente altos, superando todos ellos el 80% en los establecimientos donde se realizó la medición. La excepción fue la ciudad de Maracaibo donde el índice de ausencia o desabastecimiento en el rubro anticonceptivos orales está ligeramente encima del 50% (ver Gráfico 2).

[24] Según la Norma Oficial sobre Salud Sexual y Reproductiva **Invalid source specified.**, para el año 2010 en Venezuela el 47% de las mujeres de 15 a 49 años usan algún método anticonceptivo, con la siguiente distribución: 26% esterilización quirúrgica femenina (incluyendo mujeres histerectomizada), 21% anticoncepción oral, 10% dispositivos intrauterinos, 3% preservativos, 4% ritmo y 5% retiro o coitus interruptus (este último se incluyó en la encuesta pero no debe ser considerado como un método anticonceptivo). No se indica qué porcentaje de mujeres usa otros métodos tales como parches, anticonceptivos inyectados, aros vaginales o implantes subdérmicos. En adolescentes entre 15 y 19 años el método más usado son las pastillas (64%), el retiro (17%) y el preservativo 19%.

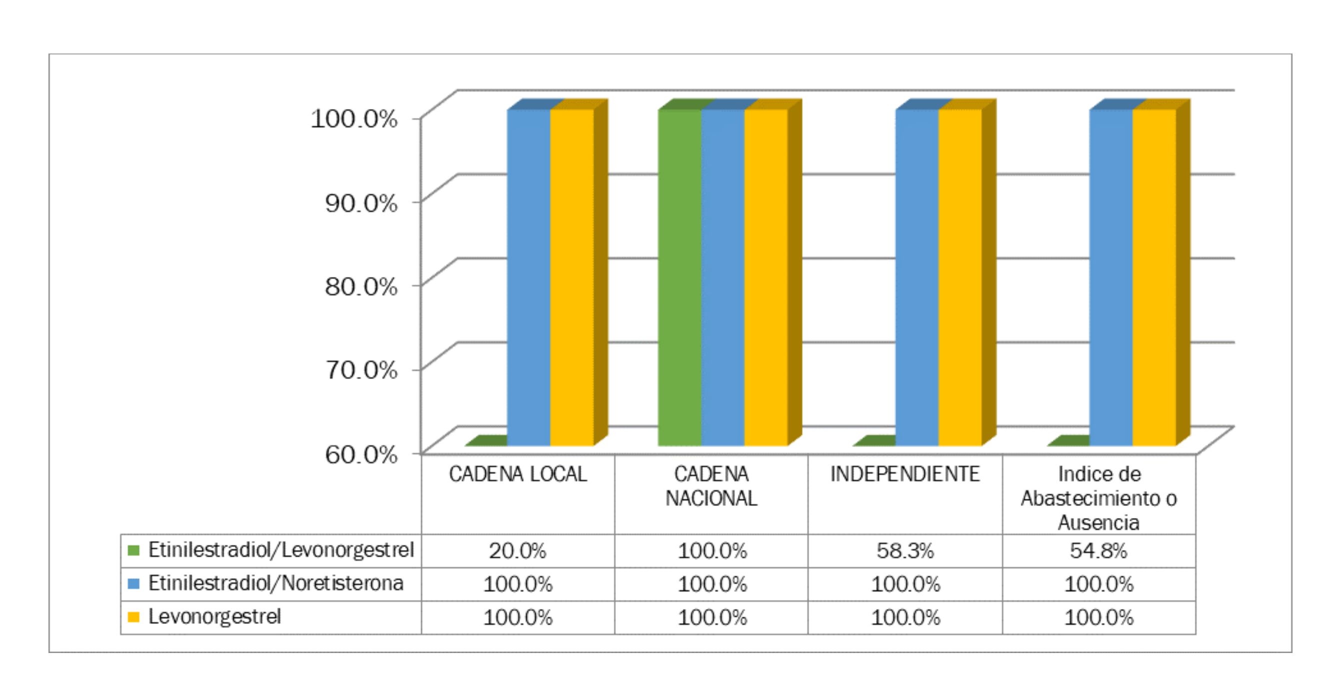
Gráfico 2: Índice de Escasez de Anticonceptivos por tipo y ciudad

CIUDAD	IEM Anticonceptivos ORALES	IEM Anticonceptivos INYECTABLES	IEM Dispositivos Intrauterinos (DIU)	IEM Dispositivos Implantables	IEM Parches	IEM Condones	IEM Aros vaginales	IEM Anticoncepción de emergencia
Primera Medición (2da semana de agosto 2018)								
AMC	89,2%	97,3%	94,6%	97,3%	97,3%	81,1%	97,3%	78,4%
Barquisimeto	100%	100%	100%	100%	100%	48,1%	100%	85,2%
Mérida	77,8%	92,6%	96,3%	96,3%	100%	18,5%	100%	100%
Maracaibo	58,1%	96,8%	100%	100%	96,8%	29,0%	100%	90,3%
Total	**82,5%**	**97,5%**	**97,0%**	**98,4%**	**97,7%**	**59,1%**	**98,6%**	**83,6%**
Segunda Medición (4ta semana de agosto 2018)								
AMC	89,74%	100,00%	94,87%	100%	100%	76,92%	100%	84,62%
Barquisimeto	100%	100%	100%	100%	100%	85,19%	100%	85,19%
Mérida	74,07%	92,59%	100%	96,30%	100%	7,41%	100%	100%
Maracaibo	54,84%	96,77%	100%	100%	100%	29,03%	100%	93,55%
Total	81,83%	98,87%	97,33%	99,86%	100%	63,16%	100%	87,65%

Sí bien la medición no indagó sobre las posibles razones para esta diferencia, personas y organizaciones aliadas en esa ciudad manejan la hipótesis de que estos resultados se deben a dos causas: 1. la circulación de un número no determinado pero importante de medicamentos (no sólo anticonceptivos orales) que entran a territorio venezolano por contrabando desde Colombia; y 2. la compra directa de medicamentos en el exterior con divisas adquiridas en el llamado mercado negro e importadas directamente por parte de algunas farmacias de esa ciudad. Esta hipótesis se ve reforzada al observar que el índice de escasez es menor en establecimientos independientes y cadenas locales donde el escrutinio del Estado sobre sus actividades es menor en comparación con las cadenas nacionales (ver Gráfico 3).

Los rubros más escasos, o más bien totalmente ausentes, fueron los parches, los aros vaginales y los dispositivos implantables, exhibiendo todos ellos un índice de escasez del 100%. Por su parte, el rubro menos escaso fue condones con un 63% de índice de escasez. No obstante, se debe acotar que en este caso los precios de los mismos los hacen inasequibles para la mayoría.

Gráfico 3: Índice de Abastecimiento o Ausencia por tipo de establecimiento. Maracaibo, Estado Zulia



	CADENA LOCAL	CADENA NACIONAL	INDEPENDIENTE	Indice de Abastecimiento o Ausencia
Etinilestradiol/Levonorgestrel	20.0%	100.0%	58.3%	54.8%
Etinilestradiol/Noretisterona	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Levonorgestrel	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Entre la primera medición (realizada la 2da semana de agosto) y la segunda (realizada la 4ta semana de agosto) no se registraron diferencias significativas. Por el contrario, el indicador de escasez se mantiene más bien estable con excepción, nuevamente, del rubro condones que presenta variaciones sensibles entre ambas mediciones y entre ciudades. En Barquisimeto y Mérida se registraron cambios sensibles de una semana a otra: en el primer caso aumentó de 48% a 85%, mientras en el segundo disminuyó de 18% a 7%.

La ciudad donde el índice de escasez es más alto es Barquisimeto, exhibiendo 100% en casi todos los rubros, con excepción de condones y anticoncepción de emergencia. Le sigue el área Metropolitana de Caracas donde el índice de escasez en todos los rubros supera el 80%, con excepción del rubro condones que en la segunda semana de medición disminuyó ligeramente (77%) pero manteniéndose en un nivel alto.

Estos resultados confirman la tendencia de escasez de métodos de planificación familiar observada y denunciada por diversas organizaciones de la sociedad civil desde el año 2014, año en el cual la escasez general de medicamentos e insumos médicos empezó a agravarse.

Igualmente, el análisis de estos datos cobra mayor relevancia sí tenemos en cuenta el hecho de que, históricamente, la mayoría de las mujeres adultas y adolescentes en Venezuela han accedido a anticonceptivos a través de farmacias. Según datos citados en la (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013) Oficial de Salud Sexual y Reproductiva, para el año 1998 la proporción de mujeres y adolescentes que accedían a métodos

anticonceptivos en esos establecimientos era de 67%, mientras que sólo un 17% lo hizo a través de instituciones públicas.

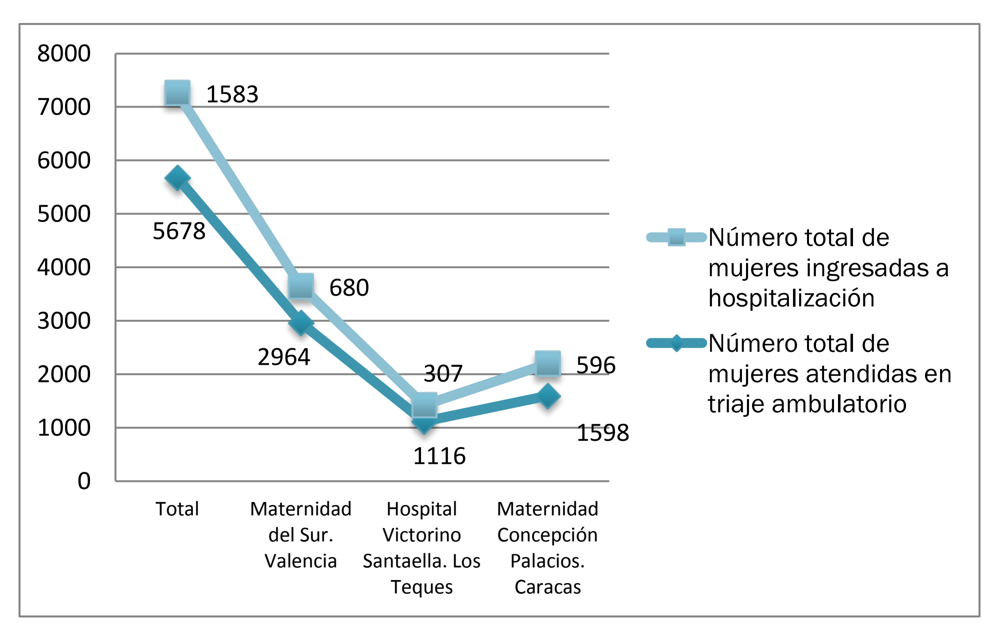
c) Incidencia de abortos, muertes maternas y embarazos entre adolescentes

En el registro diario de muertes maternas, partos de madres adolescentes y abortos, realizados durante el mes de agosto en los tres hospitales del estudio , se encontró lo siguiente:

Muertes maternas

Durante el mes de agosto de 2018, en las salas de parto de la Maternidad Concepción Palacios, la Maternidad del Sur y el Hospital Victorino Santaella se atendieron un total de 7.261 mujeres, de las cuales 5.678 fueron atendidas en triaje ambulatorio y 1.583 ingresadas a hospitalización (ver Gráfico 4). De estas tres instituciones, la Maternidad del Sur mostró una mayor capacidad de atención con 3.644 casos, seguida de la Maternidad Concepción Palacios con 2.194 y finalmente el Hospital Victorino Santaella con 1.423 mujeres atendidas.

Gráfico 4: Total mujeres atendidas durante el mes de agosto en cada centro hospitalario



Para este período se registraron 5 muertes maternas, 3 en el hospital Victorino Santaella y 2 en la Maternidad Concepción Palacios (ver Gráfico 5). No se registraron muertes maternas en la Maternidad del Sur. De estas muertes, el 80% fueron ocasionadas por

hipertensión gestacional (4 MM) y en 20% por otras causas (1 MM) (ver Gráfico 6). El total de MM fue de mujeres adultas, mayores de 18 años (ver Gráfico 7) y no se registraron MM a consecuencia de abortos inseguros.

Gráfico 5: Número de muertes maternas por hospital y según causas

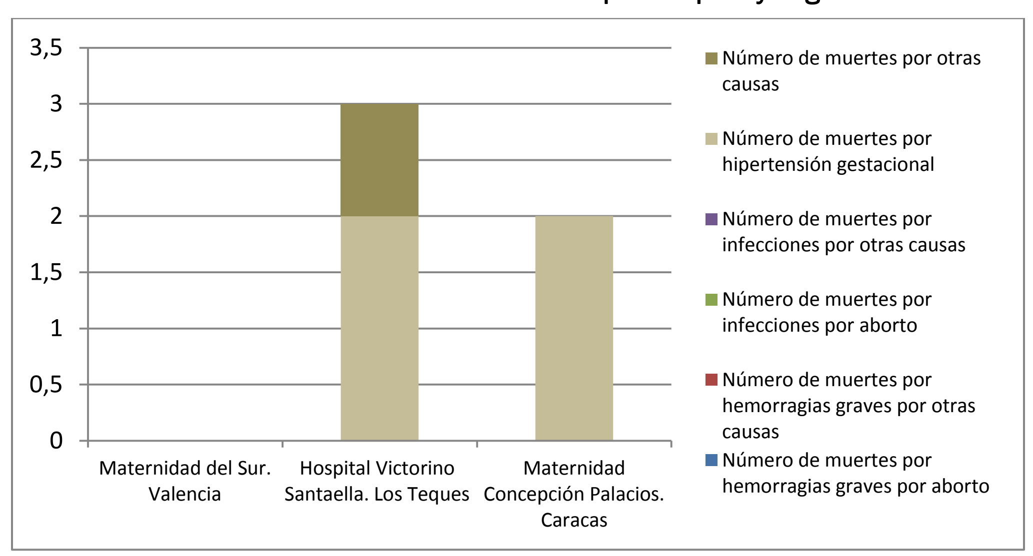



Gráfico 6: Porcentaje de muertes maternas según causas

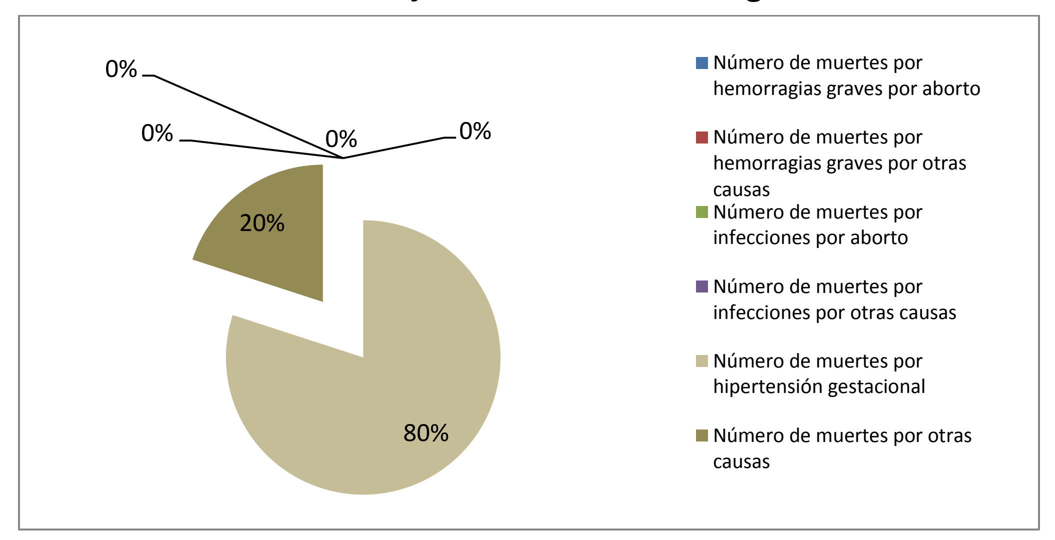
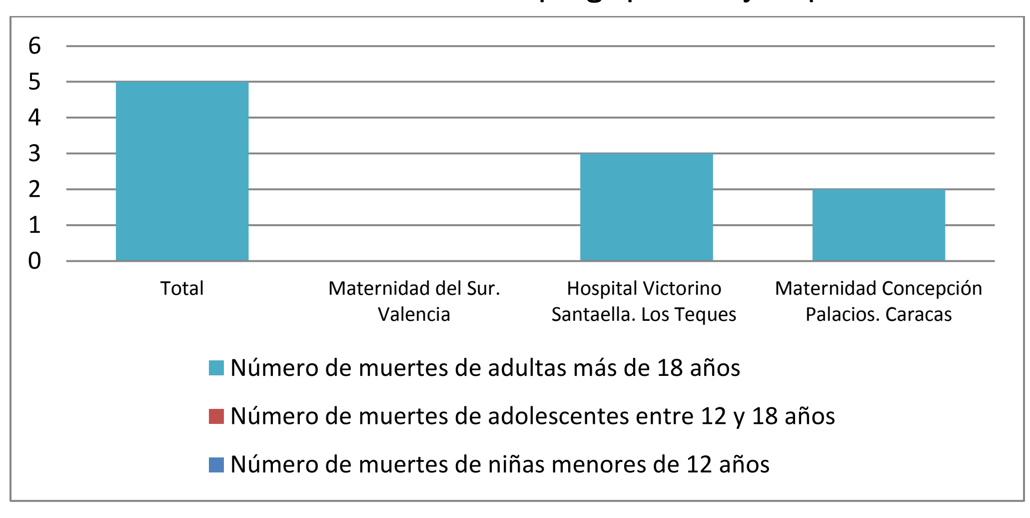


Gráfico 7: Muertes maternas por grupo etario y hospital



Al consultar con profesionales de la salud de estos centros hospitalarios sobre las razones vinculadas a estas muertes maternas, hacen referencia al modelo de las 4 demoras:[25]

- Primera Demora: vinculada al desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, pos parto y del recién nacido;
- Segunda Demora: Aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho y ejercer la toma de decisión por sí misma, sino que debe ser decidido por su pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros);
- Tercera Demora: tiene que ver con las limitaciones que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud;
- Cuarta Demora: asociada a una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos y equipo adecuado.

Y enfatizan en que la cuarta demora (atención institucional deficiente) opera como factor precipitante de las MM. Uno de los profesionales de la salud señala,

> "…actualmente la carencia de insumos a nivel nacional hospitalario limita la prevención de las muertes maternas, algunas instituciones medio tienen insumos,

[25] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2010) "Plan de acción para la reducción de la MORTALIDAD MATERNA NEONATAL y mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010 – 2015" en https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20DE%20REDUCCION%20DE%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf

pero otras no tienen nada. Dentro de las primeras causas de muerte materna tienes a los trastornos hipertensivos, y la verdad es que los antihipertensivos no los tienes"… "Muchas cosas son las que nos hacen falta a nivel hospitalario para poder resolver esas situaciones y prevenir una muerte materna".

Otro profesional explica,

"Viene sucediendo que las pacientes se nos están complicando desde antes de dar a luz, o sea, durante el embarazo se complican con infecciones, hipertensión arterial o hemorragias, y estas son las principales tres causas de muertes maternas. Infecciosas, porque no hay antibióticos, no se les garantiza su administración en los centros hospitalarios ya que no hay o la paciente no tiene el dinero para comprarlo, entonces las pacientes terminan complicándose con infecciones y se nos mueren. En los casos de hipertensión arterial, tenemos que no hay remedios para la tensión arterial y son costosísimos, la paciente no los cumple, terminan complicándose y fallecen. En cuanto al problema hemorrágico hay pacientes que, por su desnutrición y anemia, cualquier sangramiento -que otra paciente en estables condiciones lo hubiese soportado- se complica de una manera tal que termina en la muerte, en momentos, en segundos".

Esta información es consistente con los datos recolectados sobre la situación de los servicios de atención obstétrica que se muestran en otro apartado.

Es preciso destacar que, si bien no se registraron datos de MM en la Maternidad del Sur de Valencia, los profesionales de salud de este hospital reportan que *"(…) debido a que en esa institución no cuentan con anestesiólogo, equipos ni insumos para atender pacientes con complicaciones, los casos de pacientes en riesgo son referidos al CHET (Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera) y es allá donde son atendidas y se registran los casos de muertes maternas."* De acuerdo a información oficial (suministrada extraoficialmente), de enero a agosto del 2018 se han registrado 32 muertes maternas en el estado Carabobo convirtiéndole en el estado del país con mayor número de MM hasta ese momento. Esta cifra de MM durante los primeros 7 meses del año no muestra una tendencia de disminución de las muertes maternas en esa entidad, si la comparamos con las cifras de muertes maternas de años anteriores (ver Gráfico 8).

Gráfico 8: Muertes Maternas en el estado Carabobo en los años 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y primeros 7 meses del 2018

35
27
No se cuenta con datos
76
0
32
2013
2014
2015
2016
2017
Ene - Ago 2018

Fuente: Elaboración propia, con información de los Boletines Epidemiológicos

Partos de madres adolescentes

Entre el 15 y el 31 de agosto se llevó a cabo el registro del total de partos ocurridos en cada institución hospitalaria, identificando aquellos en los que las madres eran adolescentes. En este corto período se contabilizaron un total de 1.015 partos en las tres instituciones, de los cuales 268 fueron de madres adolescentes, menores de 19 años, 171 de la Maternidad del Sur, 33 en el Hospital Victorino Santaella y 64 en la Maternidad Concepción Palacios (ver Gráfico 9). Estos datos indican que el 41% de partos reportados son de madres adolescentes (ver Gráfico 9).

Gráfico 9: Número de partos total y de parturientas menores de 19 años

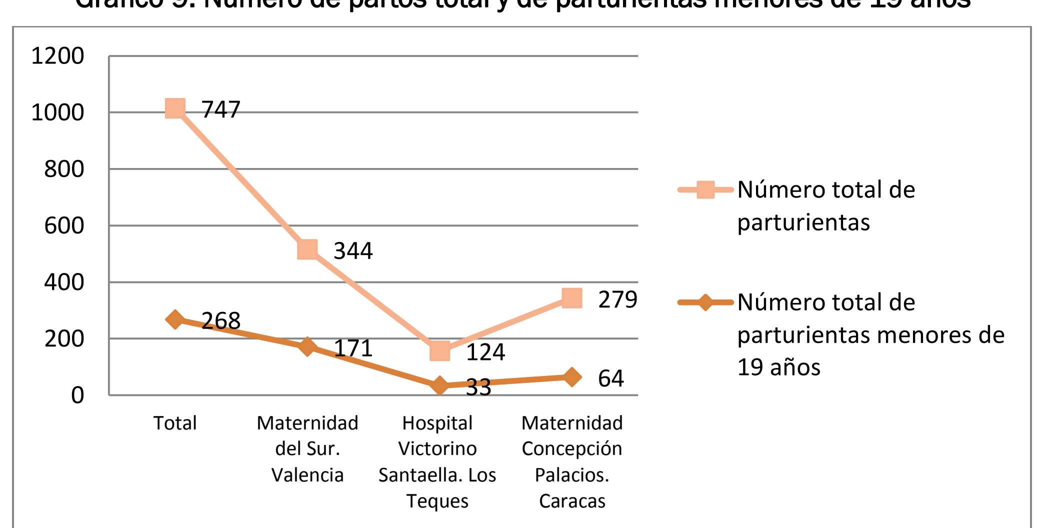
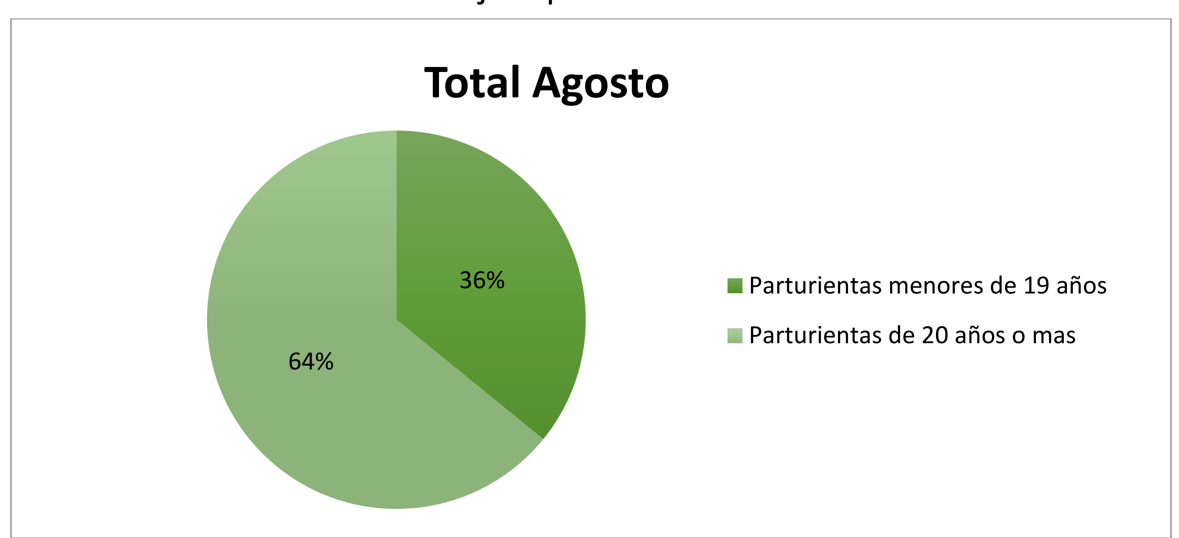


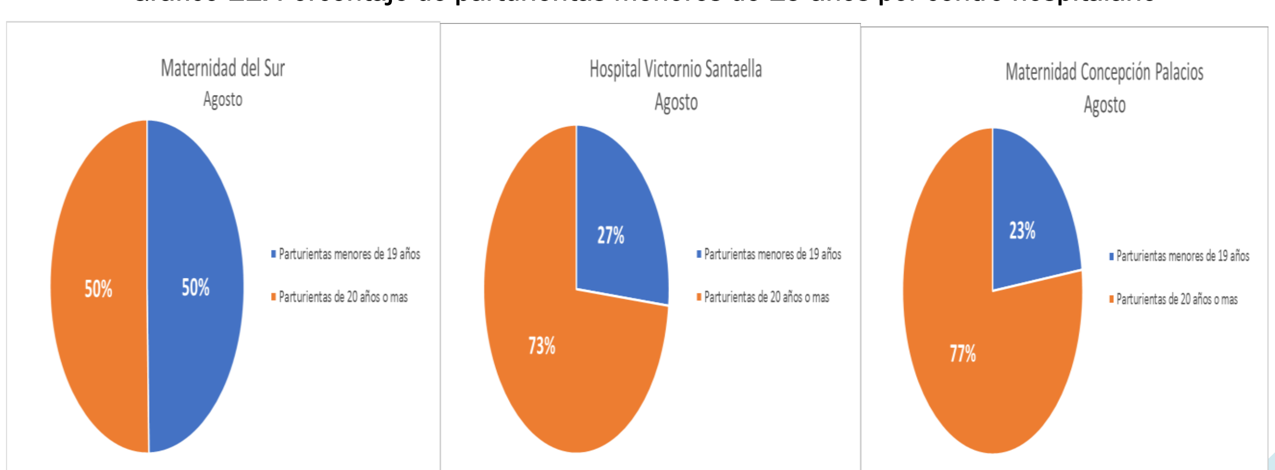
Gráfico 10: Porcentaje de parturientas menores de 19 años



De acuerdo a las estadísticas oficiales más recientes disponibles, que datan del año 2012, los bebés nacidos vivos de madres adolescentes alcanzaron un 22% a nivel nacional (Equivalencias en Acción, 2017) y en algunos estados la cifra ascendía a 30%; vemos cómo los porcentajes han aumentado significativamente en los hospitales en el país o al menos en estos centros de salud.

Al discriminar el porcentaje de parturientas adolescentes de acuerdo al centro hospitalario encontramos que en la Maternidad del Sur, que presta servicios a una de las zonas más populares y empobrecidas de la ciudad de Valencia en el estado Carabobo, el porcentaje de parturientas adolescentes asciende a 50%, mientras que en el Hospital Victorino Santaella el porcentaje es de 37% y en la Maternidad Concepción Palacios disminuye a 23% (ver gráfico 11). Estos datos confirman que en los sectores de mayor pobreza el embarazo en adolescentes presenta cifras más elevadas.

Gráfico 11: Porcentaje de parturientas menores de 19 años por centro hospitalario



En opinión de las y los proveedores de salud de estos centros hospitalarios, el alto índice de embarazos y partos en adolescentes está asociado a deficiencias en la educación integral para la sexualidad, la escasez de métodos anticonceptivos y los elevados costos de aquellos que puedan encontrarse en el mercado. Con respecto a la educación sexual un proveedor de salud señala

> *"Estamos todavía mal, todavía no hemos logrado atacar en la educación sexual como debería ser, deberíamos educar desde las familias, deberíamos educar desde las escuelas, de que se creen cátedras de verdad como materias de educación sexual, debemos quitar el mito de la sexualidad; la sexualidad no es algo malo, la sexualidad es bueno, siempre haciendo la aclaratoria de que debe hacerse con ciertas condiciones de seguridad, y de madurez tanto biológicas y psicológico , social, entonces nosotros debemos educar desde nuestras familias, nuestras escuelas, hablar de educación sexual que es diferente hablar de sexo, es hablar de cómo funciona un organismo de una mujer, de un hombre, que también debemos involucrarlos porque no solamente es la mujer, es el hombre que problemas hay desde el punto de vista infeccioso, que problemas hay desde el punto de vista de usar indiscriminadamente cualquier anticonceptivo etc. Entonces hay que atacar, y a pesar de que estamos en la época del internet, todavía en Venezuela la educación sexual, es sorprendente como mucho desconocimiento existe en esa materia."*

En Venezuela, el derecho a la educación en salud sexual y reproductiva está establecido en la LOPNNA para niños, niñas y adolescentes y en la Ley del Poder Popular para la Juventud para el caso de jóvenes. También está garantizado el derecho de la madre joven, trabajadora o estudiante a la protección del embarazo y cuidado de los hijos e hijas durante el ejercicio de sus actividades estudiantiles o laborales. Sin embargo, esta norma jurídica no se ha materializado efectivamente, ya que no existe un programa específico en materia de educación sexual y los contenidos vinculados a ésta aparecen dispersos en los diferentes programas educativos para cada grado escolar. Tampoco se conocen programas de capacitación a docentes sobre estos temas, no se identifican campañas realizadas desde el Ministerio de Educación ni aparecen líneas presupuestarias específicas para educación integral en sexualidad en el presupuesto de este ministerio.

Sobre el acceso a los métodos anticonceptivos, otro proveedor de salud explica,

> *"(…) es dificultoso conseguir los métodos anticonceptivos en Venezuela, y esto ha traído desgraciadamente o lamentablemente, es mejor la palabra, que usar esa palabra tan fea, lamentablemente*

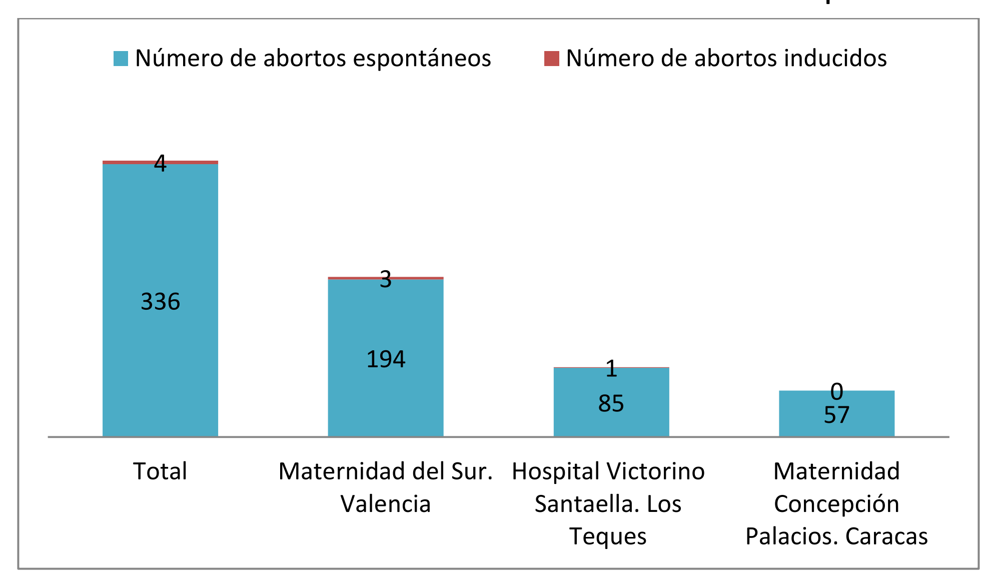
ha traído un mercado negro con ese, vemos como consiguen y los venden en moneda extranjera en dólares, los dispositivos subcutáneos, los dispositivos intrauterinos, y las pastillas anticonceptivas de las cuales no se consiguen en el mercado, entonces terminan, entonces haciendo ese mercado negro aumentando el costo lo cual lo hace inaccesible a muchas pacientes."

La dificultad en el acceso a los métodos anticonceptivos se aborda en otro apartado.

Abortos

Durante el mes agosto, en las tres instituciones hospitalarias se registraron 340 abortos, de los cuales 336 fueron identificados como abortos espontáneos y sólo 4 inducidos[26] (ver Gráfico 12), lo que indica un promedio de 10 a 11 abortos diarios. La institución que reportó un mayor número de abortos fue la Maternidad del Sur en Valencia (197 abortos) con un promedio de 6 abortos diarios, seguido del Hospital Victorino Santaella (86 abortos) con promedio de 3 diarios; y finalmente, la Maternidad Concepción Palacios (57 abortos) con promedio de dos al día.

Gráfico 12: Número de abortos de acuerdo a institución hospitalaria



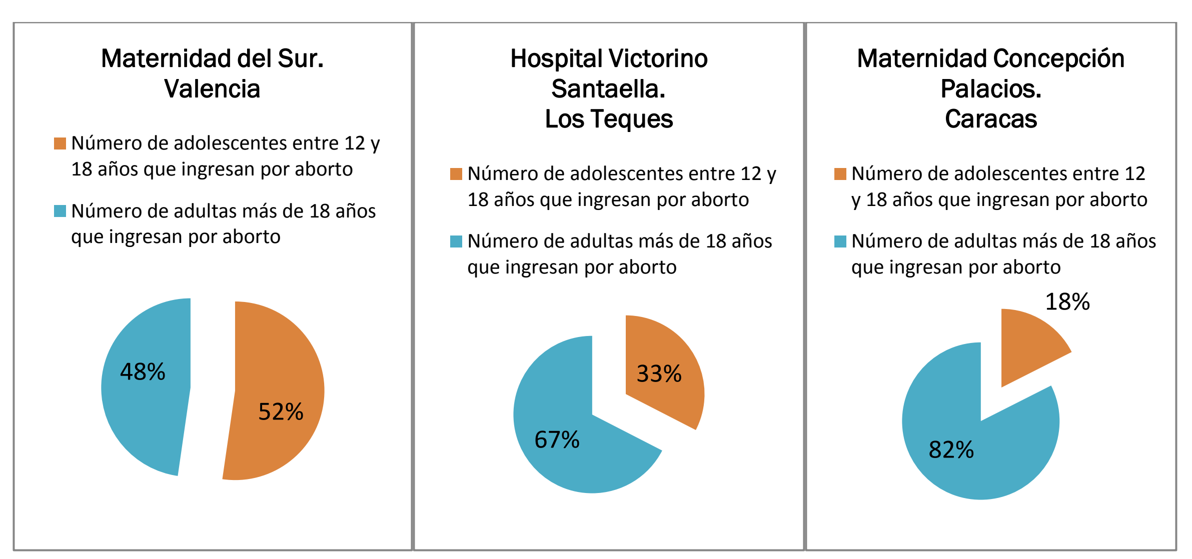
[26] La distinción entre espontáneos o inducidos no es tarea fácil para las y los proveedores de salud, quienes pueden tener sospechas de estar ante abortos inducidos, pero al no tener la certeza que sólo puede conseguirse con la revelación de la propia mujer, quedan registrados como abortos espontáneos. También es importante destacar que los 4 casos en lo que se identificó como aborto inducido, las pacientes no fueron denunciadas ante el sistema de justicia, lo que parece indicar la flexibilidad de las y los proveedores de salud al abordar el aborto como delito.

En la Maternidad del Sur reportan que sólo reciben 8 mujeres diarias con abortos, debido a que es el máximo de su capacidad de atención (no poseen más camas para legrado), por tanto las pacientes que acuden luego de haberse agotado esta capacidad son remitidas a otros centros hospitalarios. Ello significa que el número de mujeres que acuden algunos días puede ser mayor.

Al discriminar estos abortos en función de la edad de las pacientes, encontramos que en la Maternidad del Sur, el 52% de las que acuden por aborto son adolescentes entre 12 y 18 años, en el Hospital Victorino Santaella este grupo poblacional representa un 33 % y en la Maternidad Concepción Palacios es de 18% (ver

Gráfico **13**). Es de hacer notar nuevamente que en la Maternidad del Sur el porcentaje de adolescente es mayor que en los otros centros hospitalarios.

Gráfico 13: Porcentaje de abortos en función al grupo etario para cada centro hospitalario



Si bien no se cuenta con datos para comparar estos resultados, las y los proveedores de salud refieren un aumento de abortos en sus instituciones, y vinculan el aumento de los abortos espontáneos con deficiencias nutricionales de las mujeres y dificultades en el tratamiento prenatal; y los inducidos, con fallas en la planificación familiar debido a dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos.

En cuanto a los abortos espontáneos,

> *"(…) ya la gente no se alimenta como antes. Y eso inevitablemente es uno de los factores. Ya las pacientes embarazadas no pueden adquirir de una forma fácil y concreta los medicamentos para su tratamiento prenatal. Obviamente eso influye"*

Sobre los abortos inducidos,

> *"La causa fundamentalmente es la falta de Planificación Familiar, eso conlleva al acceso de métodos anticonceptivo por parte de las mujeres; porque ahora por la crisis económica tan fuerte que es sabido por todos que han escaseado los métodos anticonceptivos a nivel de farmacias, y cuando llegan los precios son excesivamente elevados para nuestra población, ante la crisis que tenemos las mujeres prefieren comprar comida para atender a su familia que gastarlo en eso. Esto trae como consecuencia los embarazos no planeados, no deseados en una familia que esta agobiada por la crisis, buscan soluciones que no son las más adecuadas, por ejemplo el aborto inseguro que conllevan a usar sustancias, a veces implementos en condiciones que no están reñidas por la salubridad y ocurren sobre todo a las adolescentes y para ellas es más difícil."*

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio confirman que la aguda crisis del sistema de salud público en Venezuela tiene repercusiones diferenciadas que afectan gravemente las vidas de las mujeres y adolescentes. La incapacidad del sistema de salud de dar atención adecuada y oportuna a un proceso biológico natural como el embarazo, es un indicador inequívoco de su estado crítico. Peor aún, las serias deficiencias hospitalarias y de dotación, así como las barreras enfrentadas por las usuarias para acceder a los servicios podrían estar incidiendo en la viabilidad de los embarazos y la vida de madres e hijas/os. Así, estos resultados no pueden ser vistos fuera del contexto de la emergencia humanitaria compleja que afecta severamente a Venezuela y que ha sido, además, un proceso progresivo de deterioro.

Visto desde una perspectiva de derechos, se evidencia que el Estado no ha implementado los correctivos necesarios para garantizar el derecho a la vida, a la salud y a la autonomía de las mujeres y adolescentes, así como su derecho a no morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Los planes y programas puestos en práctica, como el Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres en Venezuela (2014-2019), han sido claramente insuficientes o su implementación ha sido inadecuada.

A la situación de un precario sistema de salud se une la escasez de anticonceptivos tanto en establecimientos privados (farmacias) como en los establecimientos hospitalarios, lo cual coloca a las mujeres y adolescentes en edad reproductiva en situación de vulnerabilidad frente a embarazos no deseados. Esto un contexto normativo-legal que restringe las posibilidades de las mujeres de acceder a abortos seguros. Así, las opciones de las mujeres a ejercer su autonomía reproductiva son cada vez menos y más restrictivas lo cual significa un retroceso grave en materia de derechos y salud sexual y reproductiva. Cabe recordar que la autonomía reproductiva es un derecho amparado por el Artículo 76 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela el cual establece:

> *"La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos."*

Destacan las cifras de abortos registradas, las cuales constituyen una línea base para estudiar esta realidad. Si bien no fue posible determinar las cifras de abortos inducidos, destacan las apreciaciones del personal de salud entrevistado que vincula la escasez de

métodos anticonceptivos con las cifras de abortos que se registran, particularmente, en los abortos de adolescentes.

Si bien no contamos con datos comparables sobre la MM encontrada en los hospitales estudiados, no hay tampoco elementos que parecieran indicar que haya habido una disminución. Esto sugiere que los planes y programas dirigidos a reducir la mortalidad materna que ha venido llevando a cabo el Estado venezolano tampoco han resultado exitosos. Los mismos, tales como el Plan de Parto Humanizado, tocan aspectos socioculturales, de conocimiento y prácticas, que favorecen la toma de decisión y la búsqueda de ayuda de las mujeres embarazadas ante posibles riesgos obstétricos (primera y segunda demora) así como aspectos formativos del personal de salud (cuarta demora), pero dejan por fuera aspectos estructurales vinculados al acceso a los servicios (tercera demora) y las deficiencias de la atención institucional en cuanto a condiciones de los servicios y dotación (cuarta demora). La situación observada en los hospitales, sin condiciones mínimas de infraestructura, recursos humanos ni recursos para trabajar, no cumplen con la obligación garantizar la salud ni la vida de las mujeres. Cualquier iniciativa encaminada a atender la situación de la mortalidad materna en Venezuela que deje de lado las condiciones estructurales deficientes del sistema de salud aquí descrita, difícilmente podrá rendir resultados positivos.

Todo lo anterior explica la importante movilización de mujeres venezolanas hacia ciudades fronterizas de Colombia y Brasil a fin de encontrar atención pre y post natal, la cual ha experimentado un repunte importante en los últimos meses. Según datos recabados por la organización Amnistía Internacional, sólo en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de la ciudad Cúcuta (Colombia), fronteriza con Venezuela, el número de atenciones a venezolanas embarazadas aumentó en 316% entre 2016 y 2017, y los partos y cesáreas pasaron de 28 en enero de 2016 a 324 en diciembre de 2017 (Amnistía Internacional, 2018). La misma situación se repite en otras ciudades fronterizas como Río Hacha y Maicao, así como en la frontera con Brasil donde según reportes de prensa, un poco más del 10% de todos los partos en el Estado de Roraima ocurridos entre enero y marzo de 2018 fueron de mujeres venezolanas.[27] Igualmente, aunque no se cuenta con cifras, existe información no oficial sobre mujeres venezolanas que viajan a Colombia para interrumpir sus embarazos, toda vez que Venezuela no ofrece las condiciones ni legales ni sanitarias que permitan llevar a cabo un aborto en condiciones seguras.

Otro dato que llama la atención es el aumento de las esterilizaciones quirúrgicas como alternativa a la falta de métodos de planificación familiar y ante el deseo de regular la fertilidad en un contexto socio-económico caracterizado por la escasez y la hiperinflación.28 Preocupa particularmente la oferta de esterilizaciones quirúrgicas a mujeres a través del

[27] Al respecto ver: http://contrapunto.com/noticia/gobierno-de-brasil-ha-registrado-804-partos-de-mujeres-venezolanas-en-roraima-desde-2017-200723/ y https://www.youtube.com/watch?v=QdsfPq-iReU (minuto 13'03)

[28] Al respecto ver: https://www.voanews.com/a/surgical-sterilizations-increase-in-venezuela/4603017.html

llamado "Plan Quirúrgico Nacional"[29] y de programas de gobiernos locales y regionales. Dicha oferta no incluye vasectomías y los procedimientos para acceder al Plan Quirúrgico Nacional están asociados al llamado "carnet de la Patria"[30] (en algunos casos se habla de que las pacientes han sido "captadas.") Así mismo, de acuerdo con informaciones de prensa, éstos planes no parecieran garantizar que las pacientes reciban la información debida antes de optar por una alternativa definitiva como la esterilización y se han registrado casos de mala praxis en la realización de las mismas.[31]

Por su parte, el número de embarazos entre adolescentes confirma la posición de Venezuela como uno de los países de la región de América Latina con mayor incidencia de embarazos en menores de 19 años. Cabe destacar que las cifras de la Maternidad del Sur en la ciudad de Valencia, donde más de la mitad de todos los abortos registrados eran de adolescentes, están íntimamente asociadas al perfil socio-económico de la población atendida en ese establecimiento en razón de su ubicación: mujeres y adolescentes en situación de pobreza o pobreza extrema que viven en los barrios aledaños a la Maternidad.

En este sentido, es preciso crear un programa de educación en sexualidad para educación básica siguiendo los contenidos y estrategias propuestos en las líneas curriculares estratégicas para la educación de la sexualidad con actividades detalladas que sirva de guía a las y los docentes para desarrollar los contenidos, así como diseñar e implementar programas de capacitación permanentes en educación sexual dirigidos a docentes a nivel nacional, que les brinden herramientas necesarias para que puedan desarrollar los contenidos y estrategias del programa de educación sexual alineados con los principios filosóficos, psicológicos y pedagógicos plasmados en las líneas estratégicas curriculares para la educación de la sexualidad; y finalmente, se requiere diseñar e implementar un mecanismo de evaluación de los programas de educación en sexualidad.



Imagen 1: Mujeres Pariendo en el Hospital Pastor Oropeza, Barquisimeto. Edo Lara.

Es necesario destacar las condiciones de acoso y hostigamiento bajo las cuales opera el personal de salud en diversos hospitales públicos en

[29] El Plan Quirúrgico Nacional es un programa del gobierno nacional para cubrir la deuda quirúrgica existente en el sistema público de salud. El Plan es promovido desde el Ministerio del Poder Popular para la Salud y ha recibido el apoyo de distintos voceros del Ejecutivo Nacional.

[30] Al respecto ver: Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela. Carnet de la Patria logró captar futuros pacientes del Plan Quirúrgico Nacional. 13 de junio de 2017. Disponible en: http://www.vicepresidencia.gob.ve/index.php/2017/06/13/carnet-de-la-patria-logro-captar-futuros-pacientes-del-plan-quirurgico-nacional/ y https://www.youtube.com/watch?v=mlsZCbqK5d8

[31] Al respecto ver: http://www.el-nacional.com/noticias/salud/plan-quirurgico-nacional-dejo-pacientes-mal-operadas-caracas_187567

todo el país, dirigido a acallar protestas y denuncias ante la opinión pública sobre la situación de precariedad de los establecimientos hospitalarios y la atención a sus usuarias. En ese sentido, se pudiera hablar de la existencia de una política implementada por diversos grupos tales como colectivos, entre otros, cuya labor es intimidar al personal e impedir que la información sobre las condiciones de los servicios salga a la luz pública. Se han registrado, además, detenciones arbitrarias y privación de libertad a médicos/as, enfermeras/os, y otro personal del sector salud.[32] Por ejemplo, en el año 2017, se filtró a la prensa una fotografía tomada en el Hospital Pastor Oropeza de la ciudad de Barquisimeto, Estado Lara, donde se muestra a mujeres pariendo sobre las sillas de la sala de espera. Por este hecho las autoridades detuvieron a 7 personas[33] entre ellas dos estudiantes de medicina y una enfermera del hospital de nombre Lenny Martínez.[34] Otro caso es el de 3 enfermeras de la Unidad de Neonatología del Hospital Luis Razetti, en el Estado Anzoátegui, quienes fueron detenidas por órganos de seguridad del Estado.[35]

Las mediciones y observaciones hechas en el marco del presente estudio, que fue posible gracias al apoyo de CLACAI, se prolongarán hasta diciembre luego de recibir el apoyo y financiamiento de otra organización interesada en los resultados del mismo.

---

32 Al respecto ver: http://espaciopublico.ong/libertad-de-expresion-enero-junio-de-2018-persecucion-por-protestar/#.W7_d5GhKjIU

33 Al respecto ver: https://www.panorama.com.ve/sucesos/Siete-detenidos-en-Barquisimeto-por-tomar-foto-de-mujeres-dando-a-luz-en-sala-de-espera-20171002-0108.html

34 Al respecto ver: http://espaciopublico.ong/detenida-fotografiar-la-verdad/#.W7vWZmhKjIU

35 Al respecto ver: http://www.mundo-oriental.com.ve/det.aspx?id=85620

Bibliografía

Amnistía Internacional. (Abril de 2018). *Salida de Emergencia*. Obtenido de http://amnistiaonline.org/SalidadeEmergencia/Default/Exodo/

ENCOVI. (2017). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida*. Obtenido de https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI-2017-presentaci%C3%B3n-para-difundir-.pdf

Equivalencias en Acción. (Noviembre de 2017). *Mujeres al Límite. El peso de la Emergencia humanitaria: vulneración de los derechos humanos de las mujeres*. Obtenido de https://avesawordpress.wordpress.com/2017/11/11/mujeres-al-limite-el-peso-de-la-emergencia-humanitaria-vulneracion-de-los-derechos-humanos-de-las-mujeres/

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (Noviembre de 2013). *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva*. Obtenido de https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf

OEA. (1999). Obtenido de Constitución de la República Bolivariana de Venezuela: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf

Peñas, M. A. (2018). *Las Políticas de Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos humanos.* Obtenido de https://programaddssrr.files.wordpress.com/2013/05/las-polc3adticas-de-salud-sexual-y-reproductiva-desde-un-enfoque-de-derechos-humanos.pdf

Anexos

Anexo A

Guía de entrevista semi-estructurada a proveedores de salud

Introducción a la Entrevista

Buenos días/ tardes

Primero quisiéramos agradecerle por su colaboración con este estudio, el mismo tiene el objetivo de conocer el nivel de acceso a servicios de planificación familiar (con énfasis en servicios diferenciados para adolescentes), métodos anticonceptivos y situación de maternidades y centros hospitalarios de las mujeres del estado (nombre del estado donde se encuentren). Esto sólo tomará unos minutos. Quiero aclararle que sus respuestas son confidenciales. No hay respuestas correctas o incorrectas a las preguntas. Solamente nos interesa conocer su opinión y percepción sobre el tema. Si Usted no sabe cómo contestar una pregunta o si no desea responderla, no hay ningún problema solo háganos saber.

Guía de Preguntas

Estado	
Profesión	
Edad	
Hospital de referencia	
Sexo	1. ☐ F 2. ☐ M

1. Para dar inicio a la conversación, quisiéramos conocer su opinión sobre:
    a. ¿Qué es para Ud. el acceso a los servicios de salud? ¿cuáles considera son las variables que pueden facilitar o limitar el acceso a las mujeres?
2. De acuerdo a la ubicación del Hospital las mujeres de las zonas más populares y de menor acceso económico ¿tienen fácil acceso?
3. ¿Cuáles son los medios de transporte habituales? ¿Existe suficientes unidades que le permitan asistir? ¿cuál es el costo de estos medios de transporte?
4. En relación a los servicios, podrías mencionar:
    a. ¿Cuáles son los servicios clínicos y de apoyo que brinda el hospital en atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres?
    b. ¿Cuáles son los horarios y los procedimientos para contar con la cita?
    c. ¿Cuáles son los mecanismos que consiguen las mujeres para ser atendidas? En el caso de que considere que el procedimiento es engorroso
5. En relación a la infraestructura y los insumos, considera
    a. ¿Qué la infraestructura cumple con los estándares mínimos para la atención de las pacientes?
    b. ¿cuenta con los equipos médicos necesarios para las pruebas clínicas de apoyo?
    c. ¿Cuáles funcionan? ¿Cuáles están dañados?
    d. ¿Cómo manejan las referencias internas? ¿se garantiza el acceso a los otros servicios requeridos?
    e. ¿Las mujeres tienen que recurrir a servicios privados con frecuencia? ¿Cuáles?
6. En relación a los protocolos y lineamientos de atención
    a. ¿Los servicios clínicos tienen requisitos legales solicitados para acceder a ellos?
    b. ¿cuáles son los requisitos para que las mujeres se liguen?
    c. Hay protocolos de atención y servicios diferenciados para adolescentes y jóvenes?
7. Por último, en relación a las pacientes
    a. ¿cuáles son las principales barreras que ha conseguido de parte de ellas para asistir al centro hospitalario?
    b. ¿Cuáles considera son las principales fortalezas de ellas para hacer ejercicio de sus derechos a la salud?

Anexo B

Protocolo para grupos focales

Preguntas orientadoras de la discusión
Las preguntas fueron diseñadas para responder a los objetivos de reconocer las barreras y facilitadores que reconocen las mujeres inciden en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Los ejes temáticos trabajados de definen a continuación:

Variable	Conceptualización	Ejes temáticos
ACCESO A LOS SSR	Entendida como la posibilidad de utilizar los servicios de SSR y poder disponer de los recursos del mismos, cuando y donde las y los usuarios lo requieran.	**Barreras y/o Facilitadores** 1. **Jurídicas**: conocimiento de las usuarias sobre el acceso a los servicios como derecho, acceso a políticas integradas de salud sexual y reproductiva, negación del servicio por normas/reglamentos internos del servicio. 2. **Culturales/Sociales**: creencias de la usuaria, creencias de los proveedores, 3. **Geográficas**: disponibilidad de transporte, distancia a los centros de salud, accesibilidad de las comunidades 4. **Económicas:** costos de los servicios, de los métodos, de las pruebas clínicas requeridas, necesidad de cubrir los servicios con atención privada. 5. **Físicas:** horarios de atención, ofertas de servicios, disponibilidad de recursos (equipos, insumos y medicamentos), condiciones de los centros hospitalarios

El trabajo en la sesión de discusión requiere del o la moderador/ra de una habilidad para generar un ambiente donde las mujeres se sientan seguras y en confianza, así como, motivar la participación de las participantes, manteniéndolas focalizadas en las preguntas de investigación. Es por ello y de acuerdo a la bibliografía consultada, se requiere generar una estructura de las preguntas donde la duración de la conversación permita un tiempo de desarrollo entre 60 a 90 minutos.

De acuerdo a Orlando Mella (citado por centro de investigación aplicada y desarrollo educacional, 2018), la relación preguntas-tiempos de conversación se puede agrupar según la siguiente tipología de preguntas:

Fase inicial	Preguntas de apertura	Luego de señalar los objetivos y clarificar la metodología de la actividad, son las que se realizan para distender el ambiente y recibir a las mujeres que integraran el grupo focal
	Preguntas introductorias	Condicionan el ambiente y sitúan al grupo en el espacio y tiempo a ser trabajado
	Preguntas de transición	Corresponde a las que cumplen con la función de precisar sobre el objeto de investigación. Cumplen con una fase necesaria de que la transición no sea repentina entre un tema y otro, y así las mujeres puedan extenderse de forma contextualizada.
Fase de desarrollo	Preguntas clave	Son las que toman más tiempo dentro de la dinámica y a las que el moderador busca llegar, de estas se extraerán la mayor cantidad de datos.

	Preguntas de termino	Corresponden a las que van cerrando el tema en razón del cumplimiento del tiempo.
Fase de cierre	Preguntas de síntesis	Luego de que la conversación y los aportes de las mujeres se agotan o saturan, el moderador socializa una síntesis con los puntos tratados en la dinámica, para luego dejar abierto un espacio para redondear, completar o realizar planteamientos de ideas por parte de los sujetos.

Fuente: Centro de investigación aplicada y desarrollo educacional (2018). **Protocolo para el desarrollo de grupo focal**. Disponible en linea: https://es.scribd.com/document/35484241/protocolo-grupos-focales

Lineamientos de Implementación

DIALOGO DE INICIO

Buenos días/tardes.
Primero que todo debemos decir que estamos muy agradecidas/os por la colaboración que ustedes nos están brindando al compartir estas horas con nosotras para hablar sobre el acceso a los Servicios de Salud Sexual y reproductiva del Hospital XXXXXX (adaptar al Estado)
El motivo de esta sesión es conocer las barreras y facilitadores que inciden en el acceso a los servicios de SSR (planificación familiar) a las mujeres en las maternidades y centros hospitalarios de las regiones capital y central del país. Es importante que sepan que la información suministradas por ustedes va ser usadas con fines de investigación y se mantendrá en absoluta confidencialidad los datos de los participantes. Recuerden que no estamos evaluando el nivel de conocimientos que ustedes tienen sobre el tema, sino que queremos ver cómo las mujeres jóvenes y adultas como ustedes pueden acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva (da ejemplos ginecología, hacerse la citología, mamografía), cuáles son esos factores que les impiden o le facilitan el acceso. Como verán, esperamos entonces una sesión con mucha participación!
Nuestro fin último es poder hacer propuestas de cómo mejorar el acceso de las mujeres, eliminando las barreras e incrementando esos factores que favorecen el ejercicio del derecho a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos.
Nuevamente, muchas gracias por su participación.

Guion de preguntas

No está de más señalar que el guion es una propuesta de cómo dirigir la conversación y estar focalizados en el problema; las cuales pueden ser aplicadas o adecuadas por el/la moderador/ra teniendo el cuidado de no perder el o los objetivos de la investigación y el grupo focal en específico.

Preguntas de apertura

- ¿Pueden presentarse su nombre, edad y el sector dónde viven?

Preguntas introductorias

- ¿A Cuál centro hospitalario o de salud privado asisten para hacerse su control anual ginecológico? ¿puede mencionar si está lejos o cerca de su zona de residencia? ¿Cómo fue la última vez que asistió a consulta? puede brevemente contarnos la experiencia

Preguntas de transición

- Brevemente podrían decirnos ¿qué es para Ud. el acceso a los servicios de salud? ¿qué creen debería incluir?

Preguntas clave

- ¿Cuál medio de transporte utiliza para llegar al centro hospitalario? ¿es fácil acceder? ¿cuánto es el costo de traslado? ¿tiene unidades de transporte disponibles?
- ¿Cuáles son los servicios que dispone su centro de salud relacionados a la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva? ¿Cuáles son los horarios y días de atención? ¿Cuál es el procedimiento que seguiste para conseguir las citas? ¿cuenta con los insumos necesarios para la atención? O ¿tuvo que comprar en su última cita algún insumo?
- ¿Cuáles eran las condiciones de infraestructura del hospital y del servicio? ¿Contó con los equipos requeridos para las pruebas de apoyo clínico? (mamografía, citología, laboratorio).
- ¿Cómo fue el trato de los médicos y de las enfermeras? ¿le brindaron la información necesitada por Ud.? ¿considera que es su derecho que el servicio le provea los métodos anticonceptivos?

- ¿requirió atención en otros servicios? ¿le proveyeron de la referencia y la cita en el otro servicio a partir de la referencia?,
- ¿has tenido que hacer uso del sistema privado para atender alguna situación asociada a tu salud sexual y reproductiva?
- ¿en el servicio le solicitaron algún requisito para brindarle la atención?, en caso de que se le haya practicado algún procedimiento ¿se le brindó la información sobre todos los efectos secundarios del mismo?

Preguntas de término

- De todo lo que se hemos conversado ¿cuál considera de acuerdo a su juicio las principales barreara o facilitadores que ha tenido para acceder a los servicios?

Preguntas de síntesis

- Si tuviese la posibilidad ¿Qué recomendaciones haría para mejorar el acceso de las mujeres?

Pauta de chequeo (evaluación)
Chequear elementos presentes en el grupo focal (evaluación del observador)[36]

Lugar adecuado en tamaño y acústica.	
Lugar neutral de acuerdo a los objetivos del Grupo focal.	
Asistentes sentados en U en la sala.	
Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema	
Moderador escucha y utiliza la información que está siendo entregada.	
Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión.	
Explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes	
Permite que todos participen.	
Reunión entre 45 y 60 minutos	
Registro de la información (grabadora o filmadora)	
Refrigerios adecuados y no interrumpen el desarrollo de la actividad.	
Escarapelas con identificación de asistentes.	

Fuente: Centro de investigación aplicada y desarrollo educacional (2018). **Protocolo para el desarrollo de grupo focal**. Disponible en linea: https://es.scribd.com/document/35484241/protocolo-grupos-focales

[36] Mella, Orlando: "Grupos Focales (Focus group). Técnica de investigación cualitativa" Ed. CIDE, Documento de trabajo, Santiago, Chile, 2000.

Anexo C

Cuestionario para índice de escasez de métodos anticonceptivos en farmacias

	Métodos anticonceptivos	SI	NO
1	Píldoras de etinilestradiol + † levonorgestrel		
2	Píldoras de etinilestradiol + † noretisterona		
3	Píldoras de levonorgestrel		
4	Inyectables de acetato de medroxiprogesterona		
5	Inyectables de acetato de medroxiprogesterona + cipionato de estradiol		
6	Inyectables de enantato de noretisterona		
7	Dispositivos intrauterinos (DIU)		
8	Condones		
9	Anticonceptivos implantables (implantes liberadores de levonorgestrel)		
10	Anticoncepción de emergencia		
11	Aros vaginales		
12	Parches		

Anexo D

Cuestionario sobre situación de la atención obstétrica

Estado:

Hospital:

Mes y año:

1. Suministro de agua	Marque con una X	
	Falla absoluta	
	Intermitente	
	Normal	
2. Suministro de electricidad	Marque con una X	
	Falla absoluta	
	Intermitente	
	Normal	
3. Servicio de Alimentación	Marque con una X	
	Falla absoluta	
	Intermitente	
	Normal	
4. Laboratorio Clínico	Marque con una X	
	100% operativo	
	Operativo con fallas intermitentes	
	No operativo	
	Nunca ha habido	

5. Medicinas	Marque con una X		
	Dotación normal	Dotación irregular	No hay dotación
Oxitocina 10 UI/ml			
Methergin 0,2 Mg/ml			
Misoprostol 200 mcg			
Ampicilina parenteral			
Ceftriaxona parenteral			
Clindamicina			
Furosemida parenteral			
Gentamicina parenteral			
Metronidazol parenteral			
Paracetamol, dipirona o metamizol			
Ranitidina parenteral			
Gluconato de calcio parenteral			
Hidralazina líquida parenteral			
Nifedipina oral			
Sulfato de magnesio parenteral			

6. Insumos	Marque con una X		
	Dotación normal	Dotación irregular	No hay dotación
Solución fisiológica 0,9 500 cc			
Solución Ringer -Lactato (Sol Hartmann) 500 cc o 1000 cc			
Sonda Nelaton o Foley 14 Fr			
Bolsa recolectora de orina			
Ceteter Jelco No 14-16			
Sutura Catgut Cròmico 2-0 y 0			
Sut Nylon o seda sin aguja (sutupak) 1 o 0			
Sistema de infusión EV - Macrogotero			
Mascarilla de oxígeno con reservorio			
Cánula de Mayo No. 4 o 5			
Jeringas 10 cc			
Guantes estériles Tallas 7 y 8			
Gasas estériles Grandes			
Tubo de ensayo con anticoagulante			
Tubo de ensayo sin anticoagulante			

7. Métodos anticonceptivos	Marque con una X la opción que corresponda para cada uno de los métodos anticonceptivos		
	Dotación normal	Dotación irregular	No hay dotación
Anticonceptivos orales			
Anticonceptivos inyectables			
Dispositivos intrauterinos			
Dispositivos implantables			
Parches			
Preservativos masculinos			
Aros vaginales			
Anticoncepción de emergencia			

8. Dotación de Equipos	Marque con una X sobre la existencia	
	SI	NO
Equipos médicos		
Kit de bioseguridad (mono, lentes, guantes)		

9. Recurso humano	Marque con una X	
Gineco-obstetricia	Completo (ninguna inasistencia)	
	Parcialmente completo (entre 1 y 5 inasistencias)	
	Parcialmente incompleto (entre 6 y 20 inasistencias)	
	Incompleto (inasistencia de más de 20 días)	
Pediatría - neonatología	Completo (ninguna inasistencia)	
	Parcialmente completo (entre 1 y 5 inasistencias)	
	Parcialmente incompleto (entre 6 y 20 inasistencias)	
	Incompleto (inasistencia de más de 20 días)	
Anestesiología	Completo (ninguna inasistencia)	
	Parcialmente completo (entre 1 y 5 inasistencias)	
	Parcialmente incompleto (entre 6 y 20 inasistencias)	
	Incompleto (inasistencia de más de 20 días)	

Enfermería	Completo (ninguna inasistencia)	
	Parcialmente completo (entre 1 y 5 inasistencias)	
	Parcialmente incompleto (entre 6 y 20 inasistencias)	
	Incompleto (inasistencia de más de 20 días)	
Limpieza (camareras)	Completo (ninguna inasistencia)	
	Parcialmente completo (entre 1 y 5 inasistencias)	
	Parcialmente incompleto (entre 6 y 20 inasistencias)	
	Incompleto (inasistencia de más de 20 días)	

10. Equipamiento	Colocar el número correspondiente en cada casilla	
	Operativos	No operativos
Número de camas de Emergencia		
Número de camas de Sala de parto		
Número de pabellones		
UTI adultos		
UTIN pediátrica		
Ambulancias		

11. Presencia permanente de "grupos de seguridad" en el Hospital	En los casos que haya presencia de alguno de los grupos mencionados a continuación, indique el número aproximado de miembros de cada uno de estos grupos (cuando no hay presencia marque 0)	
Colectivos		
Militares		
Cuerpos de Seguridad (policías)		
Seguridad del propio hospital		
Otro	Especifique:	No:

12. Hostigamiento y amenazas al personal de salud en este mes por parte de:	En los casos que haya ocurrido casos de hostigamiento en el Hospital por parte de alguno de los grupos mencionados a continuación, indique el número de casos provocados por cada uno de los grupos (Para el grupo que no haya provocado hostigamientos marque 0)
Pacientes	
Colectivos	
Militares	
Cuerpos de Seguridad (policías)	
Personal directivo del hospital	

13. En este mes ¿el personal salud ha realizado protestas por alguna de estas causas?	Colocar número de protestas (cero si no ha habido ninguna)	
Por sueldos		
Por medicinas		
Por agua		
Por luz		
Por condiciones del servicio/hospital (equipos e insumos)		
Por seguridad		
Otra (especifique)	Especifique:	No:

Anexo E

Guía de entrevista sobre sobre conocimientos, prácticas y actitudes en materia de aborto, embarazo adolescente y muertes maternas dirigida a expertos y expertas del área de salud

Objetivos

General: Explorar los conocimientos, prácticas y actitudes de profesionales del sector salud hacia el aborto, embarazo adolescente y muertes maternas en el país, a fin de identificar hábitos, costumbres y visión del problema que pueda contribuir a la prevención y adecuada atención.

Específicos:

- Identificar los conocimientos y creencias de las y los entrevistados sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres que podrían incidir en los altos índices de aborto inseguro, embarazos adolescentes y muertes maternas en Venezuela.
- Identificar las actitudes de las y los entrevistados que facilitan o limitan la prevención y control de aborto inseguro, embarazos adolescentes y muertes maternas.
- Identificar las prácticas más frecuentes de las y los entrevistados para la atención y prevención de abortos inseguros, embarazos adolescentes y muertes maternas.

Guía de preguntas o aspectos claves a explorar

- Para usted, ¿Cuáles son las causas que generan en nuestro país?:
    - El aborto inseguro
    - Los altos índices de embarazos adolescentes
    - Los altos índices de muertes maternas
- Qué piensa sobre:
    - La educación sexual en Venezuela
    - El acceso y la disponibilidad de los métodos anticonceptivos
    - ¿conoce usted los derechos sexuales y los derechos reproductivos?
    - ¿conoce usted las recomendaciones que los comités de NNUU han realizado al Estado venezolano recientemente en materia de salud sexual y reproductiva?
- Desde el sector salud, ¿cómo se pueden prevenir los abortos inseguros, las muertes maternas y los embarazos adolescentes?
- Desde el sector salud, ¿qué factores limitan la atención de los abortos inseguros, las muertes maternas y los embarazos adolescentes?
- Desde el sector salud, ¿cuáles son las prácticas de atención y prevención de AI, EA y MM?

Anexo F

Planilla de registro de casos

Estado:

Centro Hospitalario:

Datos del día: Turno mañana: Turno tarde: Turno noche:

Muertes maternas

Número total de mujeres que ingresan a sala de parto y emergencia	N=					
Número total de muertes maternas	N=					
Muertes maternas por grupos de edad	Niñas: menores de 12 años	Adolescentes: entre 12 y 18 años	Adultas: más de 18 años			
	N=	N=	N=			
Causas de muertes maternas	Hemorragias graves		Infecciones		Hipertensión gestacional	Otros
	Por aborto	Por otras causas	Por aborto	Por otras causas		
	N=	N=	N=	N=	N=	N=

Madres adolescentes

Número total de parturientas menores de 19 años	N=

Abortos

Número de abortos que ingresan hoy	Abortos espontáneos N=	Abortos inducidos N=	Abortos total N=
Edades de las mujeres que abortan	Niñas: menores de 12 años	Adolescentes: entre 12 y 18 años	Adultas: más de 18 años
	N=	N=	N=